Klaus Schäfer

Demontage eines Ideals

Ausbau statt Demontage der Organspende

Freebook

Regensburg 2023

Diese PDF-Datei darf unverändert kostenlos verbreitet werden.

Die nachfolgenden Angaben des gedruckten Buches dienen der Orientierung, sollte jemand nach dieser Ausgabe suchen.

Titelbild: Sabrina Vogelbacher

© Alle Rechte liegen beim Autor und Herausgeber: Klaus Schäfer

Regensburg 2020

Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt

ISBN 9783751938099

0 Vorspann

0.1 Inhaltsverzeichnis

0 Vorspann....2
0.1 Inhaltsverzeichnis....2
0.2 Infos....5
0.2.1 Literaturliste....5
0.2.2 Abkürzungen....6
0.2.3 Glossar....9
0.3 Zum Buch....12
0.3.1 Über dieses Buch....12
0.3.2 Wie wahre Worte lügen können....19
0.3.3 Hinweise zu weiterführenden Quellen....22
1 Das Ideal....25
1.1 Von Eltern und Kindern....25
1.2 Die Optionen der Medizin....26
1.3 Aussagen der Religionen....29
1.3.1 Gemeinsame Erklärung (1989)....29
1.3.2 Gemeinsame Erklärung (1990)....30
1.3.3 Aussagen der evangelischen Kirche....31
1.3.4 Aussagen der katholischen Kirche....31
1.3.5 Aussagen des Islam....35
1.4 Von der Ethik des Helfens....37
1.4.1 Altruismus, die Definition....37
1.4.2 Altruismus unter Tieren....38
1.4.3 Altruismus unter Pflanzen....41
1.5 Das Leben der Transplantierten....43
2 Die Fakten....46

2.1 Geschichtliche Entwicklung zum Hirntod....46
2.2 Vom Koma zum Hirntod....49
2.3 Durchführung der Hirntoddiagnostik....51
2.4 Nach festgestelltem Hirntod....54
2.5 Pathophysiologischer Zustand des Hirntodes....55
2.6 Hirntod und Organspende im Recht....58
2.7 Hirntod und Organspende in der Theologie....60
2.8 Die Entscheidungen....62
2.9 Ablauf einer Organtransplantation....66
2.10 Verschiedene Spendeformen....70
3 Punktuelle Demontagen....73
3.1 2012 - Die taz und Prof. Moskopp....73
3.2 2012 – Die Organvergabe-Skandale....73
3.3 2012 - Dr. Harald Terpe MdB....80
3.4 2013 - Evangelische Frauen in Deutschland (EFiD)....90
3.5 2015 – Todesfeststellung in Bremen....101
3.6 2015 – Deutscher Ethikrat....110
3.7 2018 – Eine Anordnung aus Bayern....114
3.8 2019 – Die sachliche Reportage der ARD....126
3.9 2019 – Praxis PalliativCare....136
4 Ständige Demontagen....142
4.1 Organhandel im Fernsehen....142
4.2 Alan Shewmon und die Überbewertung einer Studie....148
4.3 Einzelnen Stimmen und gemeinsame Erklärungen....154
4.4 Bücher von angeblichen Hirntoten....161
4.5 Lebende Hirntote....164
4.6 Die Schmerzen der Hirntoten 167
4.7 Selbstbestimmungsrecht: PV und OSA....171

4.8 Die Diskussion um die Widerspruchsregelung.....174
4.8.1 Im Deutschen Bundestag (28.11.2018).....175
4.8.2 Die Kirchen.....180
4.8.3 Sonstiges.....184
4.8.4 Die Befürworter der Widerspruchsregelung.....188
4.8.5 Fazit.....191
4.9 Relativierung der Situation.....194
4.10 Das Leben der Transplantierten II.....201
4.11 Die Lüge wahrer Worte.....204
4.12 Arbeitskreis Christliche Bioethik.....211
4.13 Diffamierungen.....218
5 Zusammenfassung.....220
5.1 Das Hirntodkonzept.....220
5.2 Hintergründe für die Demontagen.....222
5.3 Demontage mit Todesfolge.....225
5.4 Gegen Recht und Gesetz.....227
5.5 Rückblick und Ausblick.....229
6 Anhang.....230
6.1 Es ginge auch anders.....230
6.2 Mein letzter Wille.....232
6.3 Sympathie für Organspende.....234

0.2 Infos

0.2.1 Literaturliste

Für weiterführende Informationen Hirntod und Organspende werden – neben der Internetseite www.organspende-wiki.de - diese Bücher empfohlen:

Dag Moskopp: Hirntod. Konzept – Kommunikation – Verantwortung. Stuttgart 2015.

Stephan M. Probst (Hg.): Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht. Leipzig 2019.

Klaus Schäfer: Hirntod. Medizinische Fakten - diffuse Ängste - Hilfen für Angehörige. Regensburg 2014.

Klaus Schäfer: Vom Koma zum Hirntod. Pflege und Begleitung auf der Intensivstation. Stuttgart 2017.

Neben diesen Büchern gibt es auch **Freebooks**, d.h. kostenlose PDF-Dateien, die von www.organspende-wiki.de heruntergeladen werden.

2017 Hirntod verstehen. Der Sterbeprozess in einfachen Worten

2016 Vom Scheintod zum Hirntod.
Gesellschaftliche Reaktionen bei der Änderung des Todesbegriffes

2016 Der Ausweis.
Wenn das Unvorstellbare Wirklichkeit wird (Roman)

2016 JA. Mein Bekenntnis zur Organspende

2015 TX. Ein Toter ist immer dabei. Sie könnten der Nächste sein (Krimi)

2015 Wer ist mein Nächster? Organspende aus christlicher Sicht

2015 25 x 25 geschenkte Jahre. 25 Transplantierte berichten über die mindestens 25 Jahre ihres 2. Lebens

2015 Das Herz von Onkel Oskar. Organspende für Jugendliche erklärt

2014 Leben - dank dem Spender.
Ergebnisse aus Umfragen unter 203 Transplantierten

2014 Dank dem Spender. 20 Transplantierte berichten

Die Liste wird jährlich erweitert.

0.2.2 Abkürzungen

ACB	Arbeitskreis Christen und Bioethik
AT	Altes Testament
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CT	Computertomographie
D/A/CH	Deutschland, Österreich und Schweiz
DBK	Deutsche Bischofskonferenz
DCD	Donation after cardiac death (Spende nach Herztod)
DER	Deutscher Ethikrat
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DGK	Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGNC	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
DGNI	Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

DPG	Deutsche Physiologische Gesellschaft
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
DTG	Deutsche Transplantationsgesellschaft
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung (= Herz-Lungen-Maschine)
EEG	Elektroenzephalogramm / Elektroenzephalograph
EFiD	Evangelische Frauen in Deutschland
ELTG	Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
EKG	Elektrokardiogramm
EKL	Evangelisches Kirchenlexikon
EKMD	Evangelische Kirche in Mitteldeutschland
ET	Eurotransplant
FAEP	Frühe akustisch evozierte Potentiale
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HLA	Humane Leukozytenantigen
HTD	Hirntoddiagnostik
HTX	Herztransplantation
HWP	Historisches Wörterbuch der Philosophie
IHA	irreversibler Hirnfunktionsausfall
KAO	Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.
KKK	Katechismus der katholischen Kirche
LThK	Lexikon Theologie und Kirche
LTX	Lebertransplantation
LuTX	Lungentransplantation
MMW	Münchner medizinische Wochenschrift
NT	Neues Testament

NTE	Nahtoderlebnis
NTX	Nierentransplantation
o.J.	ohne Jahresangabe
o.V.	ohne Verfasserangabe
o.O.	ohne Ortsangabe
OSA	Organspendeausweis
PAS	Pontificia Academia Scientiarum (Päpstliche Akademie der Wissenschaften)
PAV	Pontificia Academia pro Vita (Päpstliche Akademie für das Leben)
PCB	President's Council on Bioethic
pmp	Per Million People
PV	Patientenverfügung
RGG	Religion in Geschichte und Gegenwart (4. Auflage)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SEP	Somatosensibel evozierten Potentiale
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch
TPG	Transplantationsgesetz
TX	(Organ-)Transplantation
TXZ	Transplantationszentrum (nur dort werden Organe eingesetzt)
WB-BÄK	Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZdK	Zentralkomitee der deutschen Katholiken
ZMD	Zentralrat der Muslime in Deutschland

Alle diese Abkürzungen sind auf der Internetseite www.organspende-wiki. aufgeführt.

0.2.3 Glossar

Altruismus — Uneigennützigkeit, in selbstloser Weise einem Hilfsbedürftigen Hilfe gewähren. Im religiösen Kontext wird hierfür oft „Nächstenliebe“ benutzt.

Asystolie — Stillstand des Blutkreislaufes durch Herzstillstand, Stillstand der elektrischen und mechanischen Herzaktion.

Bewusstsein — Medizinisch wird zwischen dem Arousal (Hirnstamm und retikuläres System: spontanes Augenöffnen, Schlaf-Wach-Rhythmus) und Awareness (Bewusstsein, bewusste Wahrnehmung seiner Selbst und der Umgebung) unterschieden. - Bei Hirntoten ist das Bewusstsein erloschen.

erloschen — Wie zu Asche verbranntes Papier erloschen ist, das sich nicht wieder anzünden lässt. Ebenso sind bei Hirntoten Wahrnehmung, Bewusstsein u.v.a.m. erloschen, sie lassen sich nicht reanimieren.

Geist — Die Summe aller geistigen Fähigkeiten: wahrzunehmen, zu beurteilen, zu denken (erinnern, planen, erfinden, Neues kreieren, dichten, komponieren, malen, ...), hoffen, glauben, ..., aber auch sich zu sorgen und sich zu ängstigen und sich seines Ichs bewusst zu sein.

Gesamthirntod — Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm müssen abgestorben sein, d.h. dass bei keiner dieser Hirnregionen noch eine Funktionalität festgestellt werden kann. Damit sind Bewusstsein und Wahrnehmung vollkommen ausgeschlossen. Diese Definition gilt in D/A/CH.

Großhirntod — Beim Großhirntod muss das Großhirn abgestorben sein. Bewusstsein und Wahrnehmung sind damit unmöglich. Die Hirnstammreflexe, wie z.B. Eigenatmung, können noch vorhanden sein.

Herztod — Der irreversible Herzstillstand[1], dem der Hirntod folgt.

1 Erwachsene können bei ca. 20°C bis zu 30 min nach einem Herzstillstand erfolgreich reanimiert werden. Ab 10 min Herzstillstand beginnt das Zeitfenster, in dem zwar wieder das Herz schlagen kann, das Gehirn jedoch durch den Sauerstoffmangel so schwer geschädigt ist, dass der Hirntod eine unausweichliche Folge ist. Je tiefer die Umgebungstemperatur ist, z.B. Ertrunkene im Eiswasser, desto länger ist diese Zeit.

Hirnstammtod Der Hirnstamm muss abgestorben sein. Damit sind alle Hirnstammreflexe erloschen, sogar der Reflex der Eigenatmung. Nach dem Zustand von Großhirn und Kleinhirn wird nicht gefragt. Damit ist es möglich, dass noch Reste von Wahrnehmung und Bewusstsein vorhanden sind. Diese Definition von Hirntod gilt in einigen Staaten der USA, in Großbritannien und in Polen.

Hirntod Es gibt zwei Definitionen: → Gesamthirntod und → Hirnstammtod. Soweit nicht eigens genannt, gilt in dieser Arbeit für „Hirntod" immer der Gesamthirntod.

Homöostase Die Selbstregulierung eines biologischen Organismus. Hierzu gehören u.a.: Blutkreislauf, Säure-Basen-, Wasser- und Elektrolythaushalt.

Ich Das Bewusstsein, dass ich als Mensch existiere.

Individualtod Der Tod eines Individuums, eines Lebewesens. Beim Menschen ist dieser als der Hirntod definiert.

Intermediär Intermediäres Leben bezeichnet das Leben der Organe und Körperzellen, vom Individualtod bis zum Tod der letzten Körperzelle. Beim den Herztod gestorbenen Menschen dauert dies über eine Woche.

Koma Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, der vom Hirntod eindeutig zu unterscheiden ist: Bei komatösen Patienten funktionieren noch Teile des Gehirns.

Kritiker Sie können nach ihrer Zielsetzung in drei Gruppen eingeteilt werden:
a) Sie kritisieren das Hirntodkonzept. Für sie sind Hirntote Sterbende und damit Lebende.[1] Sie erkennen den Hirntod nicht als den Tod des Menschen an.

Für Kinder und Säuglinge gilt unter gleichen Bedingungen eine etwa doppelt so lange Zeit.

Umgangssprachlich spricht man bei diesem Herzstillstand von „klinisch tot", was jedoch eine irreführende Bezeichnung ist, da hierbei der Tod weder eintrat noch festgestellt wurde.

1 Wolfgang Waldstein ist überzeugt, dass Hirntote bei richtiger Behandlung wieder gesund werden und ins normale Leben zurückkehren können. Siehe u.a.: http://www.freundeskreis-maria-goretti.de/fmg/menu4/43.105AK.htm

b) Sie kritisieren die Organtransplantation.
c) Sie kritisieren das Hirntodkonzept und die Organtransplantation.

Tod

biologisch: das dauerhafte Ende des Stoffwechsels.
emotional: Hinterbliebenen sind die Emotionen gegenüber dem Toten erloschen.[1]
juristisch: wenn der Hirntod eingetreten ist (§ 3 TPG).
medizinisch: das Ende des Lebens eines Individuums.
sozial: wenn niemand mehr von dem Toten spricht oder an ihn denkt.
theologisch: die Trennung von Leib und Seele (KKK 1016), das Ende der irdischen Pilgerschaft (KKK 1013).

Todeszeichen

Es gilt zwischen den sicheren und unsicheren Todeszeichen zu unterscheiden:

Unsichere Todeszeichen sind: Herzstillstand, Atemstillstand, starrer, kalter Körper, Blässe.[2]

Sichere Todeszeichen sind: Hirntod, mit dem Leben nicht zu vereinbarende Verletzung,[3] Totenstarre, Totenflecken, Fäulnis und spätere Formen der Verwesung.

Wahrnehmung

Vor allem mit den Sinnen wahrnehmend: sehen, hören, riechen, schmecken, spüren (Exterozeption = Wahrnehmung der Außenwelt; Interozeption = Wahrnehmung der Innenwelt, des Körpers selbst).
Bei Hirntoten sind alle Wahrnehmungen erloschen.[4]

---

http://www.lircocervo.it/index/pdf/2012_01/fondo/1-2012_FONDO_Waldstein.pdf
http://www.aktion-leben.de/fileadmin/dokumente/EEG/D-EEG-18.pdf

1 Sie mögen sich zwar noch an den Verstorbenen erinnern, aber dies löst keine Emotionen aus.

2 Menschen, die diese Todeszeichen aufweisen, können u.U. reanimiert werden, wieder ins Leben zurückgeholt werden, auch wenn sie hernach mit schweren körperlichen und/oder geistigen Schäden (z.B. apallisches Syndrom, einem dauerhaften tiefen Koma) weiterleben.

3 Wenn z.B. der Kopf vom Körper getrennt oder der Oberkörper durchschnitten ist.

4 Der Begriff „erloschen“ ist in dieser Arbeit immer im Sinn von zu Asche verbranntes Papier zu verstehen. So wie diese Asche nicht mehr zum Papier gemacht werden kann, so kann kein Hirntoter zum Leben zurückkehren, kann kein Hirntoter wieder das

0.3 Zum Buch

0.3.1 Über dieses Buch

Von 1999 bis 2014 war ich Klinikseelsorger in Karlsruhe. Die Klinik hatte u.a. eine allgemeine und eine chirurgische Station für Lungenpatienten. Im Frühjahr 2013 lernte ich auf der allgemeinen Station Frau U. kennen. Sie war Mitte 30 und litt schwer an Lungenfibrose. Man darf froh und dankbar sein, wenn man nicht an dieser unheilbaren Krankheit leidet, deren Ursache unbekannt ist. Wikipedia beschreibt die Krankheit so:

> *Lungenfibrose ist eine Veränderung des Lungengewebes, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann und die durch verstärkte Bildung von Bindegewebe zwischen den Lungenbläschen (Alveolen) und den sie umgebenden Blutgefäßen gekennzeichnet ist.*

Durch die verstärkte Bildung von Bindegewebe kann die Lunge ihre Aufgabe des Gasaustausches immer schlechter erfüllen, Abgabe von Sauerstoff von der Atemluft an das Blut und Abgabe von Kohlendioxyd (CO_2) vom Blut an die Atemluft. Die Patienten bekommen somit immer schlechter Luft und sterben - wenn ihre Lungen nicht zuvor transplantiert werden – unweigerlich den Erstickungstod.

Trotz Sauerstoffmaske atmete Frau U. sehr schwer. Nur mit letzter Kraft konnte sie vom Bett zur Toilette aufstehen. Ansonsten verbrachte sie den ganzen Tag liegend im Bett. Doch ihr Zustand verschlechterte sich zunehmends. So musste sie nach einigen Tagen auf die Intensivstation verlegt und künstlich beatmet werden. Damit war sie nicht mehr ansprechbar.

In diesen Tagen lernte ich ihre Familie näher kennen, die sehr um das Leben von Frau U. bangte. Die beiden schulpflichtigen Kinder wollten ihre Mutter nicht verlieren, Herr U. wollte nicht als Witwer die Kinder allein erziehen. In diesen Tagen erfuhr ich, dass Frau U. schon über 6 Monate bei Eurotransplant in Leiden (Niederlande) gelistet sei. Man erwartete stündlich den rettenden Anruf, dass eine für sie passende Lunge zur Verfügung steht und Frau U. eine gesunde Lunge erhalten kann.

Doch Lungen – wie auch die anderen Organe (Herz, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm) - kann man nicht produzieren wie Autos, Computer und Handys. Organe können nur gespendet werden. Hierzu bedarf es

---

Bewusstsein erlangen, kann kein Hirntoter je wieder etwas wahrnehmen, ...

Organspender, d.h. Hirntote mit gesunden Organen, die zu Lebzeiten einer Organentnahme zugestimmt haben.

Für Frau U. kam dieser Anruf zu spät. Der Erstickungstod war schneller. Da half es auch nichts mehr, dass sie hochprozentig mit Sauerstoff künstlich beatmet wurde. Der Sauerstoff kam zwar noch in der Lunge an, aber nicht mehr im Blut. Das CO_2 des Blutes kam auch nicht in der Atemluft an. Damit waren Herr U. Wittwer und seine Kinder Halbwaisen.

Der Tod von Frau U. hinterließ auch bei mir bleibende Spuren. Bislang hatte ich mich kaum für Organspende interessiert. Ich hatte auch keinen Organspendeausweis. Ich wusste auch kaum etwas über Hirntod und den Ablauf der Organspende. Das sollte sich jedoch mit dem Tod von Frau U. radikal ändern.

Zeitgleich zum Klinikaufenthalt von Frau U. ergab sich beim Mittagsessen ein Gespräch mit Herrn A. Er hatte jahrelang als Krankenpfleger auf einer Intensivstation gearbeitet und hat dabei auch Hirntote gepflegt. Herr A. versuchte mir deutlich zu machen, dass Hirntote Sterbende sind und dass Organspender bei der Organentnahme auf dem OP-Tisch sterben. Doch welche Gründe er auch aufführte, ich konnte sie nicht als Beweis für das Leben des Menschen anerkennen. Da half es auch nichts, dass er mir im Jahr 2012 einen von einem Arzt, verfassten Artikel der FAZ vorlegte, worin gegen das Hirntodkonzept geschrieben wurde. Auch die dort genannten Argumente waren für mich nicht nachvollziehbar, um damit das Leben des Menschen zu begründen.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass ich der Sohn eines Landwirtes bin, bei dem mehrmals im Jahr ein Huhn geschlachtet wurde. Ich war schon als Kind oft dabei, wenn dem Huhn der Kopf abgeschlagen wurde und das enthauptete Tier noch über eine Minute zappelte. Mir wurde schon als Kind erklärt, dass dies nichts mit dem Leben des Huhnes zu tun hätte, sondern dass dies nur Reaktionen der Nerven sind. Dies fand ich im Zusammenhang mit Hirntod des Menschen in medizinischen Fachbüchern Jahrzehnte später bestätigt.

Da ich aber im Jahr 2013 zunächst nur das über Hirntod wusste, was mir Herr A. als Argumente gegen das Hirntodkonzept nannte, machte ich mich in autodidaktischer Weise über Hirntod kundig. Das erworbene Wissen wollte ich der Allgemeinheit zur Verfügung stellen und trug es im Herbst 2013 bei Wikipedia auf der Seite „Hirntod“ ein. Doch bereits wenige Tage später waren meine Einträge gelöscht. Das ärgerte mich. An eine Diskussion über den Hirntod wollte ich mich auch nicht bei Wikipedia beteiligen. Daher schmollte ich zunächst

vor mich hin.

Im Januar 2014 startete ich ein Vorhaben, über dessen Ausmaß ich damals noch keine Ahnung haben solle. Ich meldete die Internetseite www.organspende-wiki.de an und installierte das kostenlose Programm MediaWiki so, dass nur ich in diesem Wiki schreiben kann. Es gibt dort keine Möglichkeit der Anmeldung für andere Autoren. Wollte ich jemanden als Co-Autor zulassen, muss ich diesen von Hand in eine entsprechende Datei auf dem Server eintragen. Damit erreichte ich meine beiden großen Ziele:

1) Ich konnte mich ganz und gar auf die Recherche konzentrieren und hatte keinen Ärger mit den Kritkern des Hirntodkonzeptes und der Organspende.

2) Ich konnte persönlich für die Richtigkeit der im Organspende-Wiki stehenden Angaben einstehen. Dies ist mir ein wichtiges Qualitätsmerkmal.

Das Organspende-Wiki hatte am 01.01.2020 über 2.500 Inhaltsseiten. und wurde mir selbst zur Datenbank, die ich immer weiter anfülle und aus der auch ich immer wieder schöpfe.

So war es mir möglich, im August 2017 nicht nur das Fachbuch „Vom Koma zum Hirntod“ herauszubringen, sondern Namen und Begriffe durch entsprechende Kennzeichnung im Buch mit dem Organspende-Wiki zu verknüpfen. Damit hat jede(r) die Möglichkeit, sich über dieses Wiki eingehender über diese Person oder diesen Begriff zu informieren. Dort sind auch meist weitere Quellen genannt. Das Buch „Vom Koma zum Hirntod“ wurde zwar schwerpunktmäßig für das Personal auf den Intensivstationen verfasst, es ist jedoch sprachlich so verfasst, dass auch medizinische Laien, die sich eingehender über Hirntod informieren wollen, es verstehen. Dies haben mir die beiden medizinischen Laien, die das Manuskript korrekturgelesen haben, bestätigt. Alternativ dazu kann ich das Buch „Hirntod“ von Dag Moskopp (Stuttgart 2015) empfehlen. Wer weniger Geld ausgeben möchte, sei auf mein Taschenbuch „Hirntod“ (Regensburg 2014) verwiesen. Wer sich kostenlos über Hirntod und Organtransplantation informieren möchte, sei auf die beiden kostenlosen PDF-Dateien (Freebooks) hingewiesen, die vom Wiki heruntergelanden werden können: „Hirntod verstehen“ und „TX verstehen“.

Im November 2017 begann ich als Klinikseelsorger an der Universitätsklinik in Regensburg. Dies gab meinem Organspende-Wiki einen mächtigen Schub. Hatte ich doch nur eine Minute von meinem Büro entfernt die ganze Präsenzbibliothek der Medizin und darüber hinaus noch Zugriff auf die meisten Bibliotheken Regensburg, nicht nur auf die der Universität. Durch den Zugriff auf

diese Breite an Fachbüchern gewann das Organspende-Wiki qualitativ wie auch an Umfang. Wie mir ein Prof. der Uni-Klinik Regensburg im Sommer 2019 einmal sagte, sieht selbst er gelegentlich für bestimmte Informationen im Organspende-Wiki nach.

Seit 1982 wird in Deutschland jährlich der „Tag der Organspende“ begangen. Seit 2005 wird er als zentrale Veranstaltung der Patientenverbände, der **DSO**, der **BzgA** und der **DTG** in einer anderen Stadt durchgeführt. Dabei informieren auch Vertreter der evangelischen und katholischen Kirchen sowie auch Muslime mit einem Infostand über Organspende. Im Jahr 2019 musste der vorgesehene katholische Pfarrer seine Teilnahme absagen. Für mein Engagement um sachlich korrekte und umfassende Aufklärung über Hirntod und Organspende wurde ich am 17. Mai 2019 angefragt, ob ich für den ausgefallenen Priester am 01. Juni in Kiel einspringen kann. Für dieses Engagement nahm ich es auf mich, dass ich mehrere Nächte in Zügen und auf Bahnhöfen verbrachte, mitunter in Folge.

Der „Tag der Organspende“ 2019 in Kiel wurde für mich ein weiteres wichtiges Datum. Nicht nur, dass ich weite persönliche Kontakte knüpfte, sondern dass ich 6 Stunden lang in der Fußgängerzone einer Stadt die Menschen auf Organspende ansprechen konnte. Auf meine Worte „Guten Tag. Haben Sie schon einmal über Organspende nachgedacht?“ erfuhr ich die unterschiedlichsten Reaktionen:

- Die Besitzer von Organspendeausweisen
  Viele sagten, dass sie einen Organspenderausweis haben. Ich fragte bei dieser Antwort sogleich nach, wer denn davon wisse. Die meisten Menschen waren ob dieser Frage verwundert. Ich erklärte ihnen, dass ich als Klinikseelsorger die Situation auf der Intensivstation nach der Feststellung des Hirntodes kenne, wenn die Hinterbliebenen keine Ahnung haben, ob der Hirntote seine Entscheidung zur Frage zur Organspende schriftlich festgehalten hat. Es ist eh´ schon eine schwierige Situation, die durch die Unwissenheit der Hinterbliebenen noch weiter erschwert wird. Dies kann vermieden werden, wenn man im Kreis seiner Familie auch darüber redet.

- Die Handlungsträgen
  Diese Menschen hatten sich zwar bereits zur Frage zur Organspende entschieden, aber sie haben diese Entscheidung noch nicht verschriftlicht. Diese Menschen wies ich darauf hin, dass im Falle des Hirntodes ein schriftliches „Nein“ oder „Ja“ die Hinterbliebenen vor der Qual der eigenen Entscheidung und damit vor zusätzlichen emotionalen Belastungen bewahrt.

- Die Unentschlossenen
  Dieses Menschen wussten zwar, dass man sich zur Frage der Organspende entscheiden und diese Entscheidung schriftlich festhalten sollte, doch sie konnten sich aus verschiedenen Gründen noch nicht entscheiden. Ich fragte sie, ob ich ihnen vielleicht helfen könne, diese Entscheidung zu fällen. Dabei wies ich meist auch darauf hin, dass man auf dem Organspendeausweis auch „Nein“ ankreuzen kann. Mir ist aufgrund gemachter Erfahrungen ein „Nein“ lieber als keine schriftliche Willenserklärung, denn nur so werden die Hinterbliebenen vor weiteren Fragen bewahrt. Dies leuchtete ihnen ein und sie nahmen gerne einen Oranspendeausweis mit, einige füllten noch gleich am Infostand ihren Organspendeausweis aus.

- Die Interessenlosen
  Schließlich gab es noch die Gruppe der Interessenlosen. Dabei erschreckten mich nicht ihre Worte – jeder hat das Recht, sich für bestimmte Themen nicht zu interessieren -, sondern ihre nonverbale Haltung und Gestik, die mir deutlich signalisierte, dass es ihnen lästig ist, sich mit dem Leid anderer Menschen zu beschäftigen. Nach solchen Begegnungen kam in mir die Hoffnung hoch, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn seine geplante Widerspruchsregelung parlamentarisch durchbekommt. Dann wollte ich gerne sehen, ob diese Menschen – es handelte sich hierbei um ca. 20% - noch immer so gleichgültig sind.

Am 04. Juni 2019 erhielt ich ein E-Mail mit einem Link zu dem Artikel der Tagesschau „Warum gibt es so wenige Organspender?“ (01.06.2019 08:22 Uhr).[1] Ich las den Artikel durch und fand ihn in Ordnung. Daher las ich das E-Mail nochmals durch. Darin wurde ich auf die Kommentare hingewiesen, doch diese musste ich zuerst einmal eigens öffnen. Ich erschrak darüber, was dort geschrieben stand.

Nur 10 Minuten nach der Veröffentlichung des Artikels schrieb Nackigschlaefer: „Unverständnis – Ich will in Ruhe sterben, muss man das bald schriftlich äußern? Nein, denn es ist ein Menschenrecht. Wer meint, sich bei lebendigem Leib und totem Gehirn ausschlachten zu wollen, möge dies schriftlich festhalten!“ Um 08:45 Uhr schrieb FritzF: „Eine Voraussetzung für Organspende fehlt: Vertrauen in ein verkommenes System, welches aus der Krankheit des einzelnen Profit erzielen muß.“

1 https://www.tagesschau.de/faktenfinder/kurzerklaert/kuerzerklaert-organspende-101.html

Innerhalb von nur 8 Stunden füllten 56 Seiten solcher Kommentare die Internetseite.[1] Ich kannte bislang alle Internetseiten der namhaften Kritiker des Hirntodkonzeptes und der Organspende mit ihren Argumenten und Begrifflichkeiten, die zuweilen üble Diffamierungen enthalten. Was mich jedoch hier so erschreckte, war die Tatsache, dass auf einen seriösen Artikel der Tagesschau in solch kurzer Zeit so viele unsachliche bis unflätige Kommentare geschrieben wurden, oft noch voller Halb- und Unwahrheiten.

Noch am gleichen Abend setzte ich mich hin und schrieb 10 Buchverlage mit der Frage an, ob sie von mir im Jahr 2020 ein Manuskript als Taschenbuch herausbringen wollen, das der Bevölkerung aufzeigen soll, an wie vielen Stellen und auf die unterschiedlichste Art und Weise das Ideal der Organspende demontiert wird.

Da keiner der angeschriebenen Buchverlage antwortete, verlief meine Begeisterung für das Buch im Sande. Im November 2019 wurde mir das Heft der Fachzeitschrift „Praxis PalliativCare“ 44-2019 zugesandt. Was ich darin las, regte ich dazu an, dieses Mal 40 Buchverlage anzuschreiben. Keiner hatte an diesem Buch Interesse.

Beim Lesen einiger Texte gewinnt man den Eindruck, als würde die Medizin bewusst und zielgerichtet Hirntote schaffen, um damit Organe für eine Organtransplantation zu bekommen. Dies gipfelt in der Angst, dass man nicht alle medizinische Hilfe erfährt, wenn man einen Organspendeausweis mit Zustimmung zur Organspende mit sich trägt. Alle diese Menschen kennen die Realität nicht oder wollen sie nicht kennen lernen: Hirntod resultiert aus dem gescheiterten Versuch, mit den Mitteln der Intensivmedizin – insbesondere mit der künstlichen Beatmung – das Leben von Menschen zu retten und ihre Gesundheit wieder herzustellen. Vor der Einführung der künstlichen Beatmung durch Björn Ibsen im Jahr 1952 verstarben zahlreiche Menschen, weil die künstliche Beatmung fehlte.[2] Die Intensivmedizin mit ihrer künstlichen Beatmung

1 Der Button zu den Kommentaren war am 13.01.2019 entfernt worden. Die Kommentare wurden jedoch zuvor vom Autor in einer PDF-Datei gesichert.

2 Wie bedeutsam die künstliche Beatmung ist, lehrte uns die Corona-Pandemie des Jahres 2020. Der Virus mit der Bezeichnung SARS-CoV-2 erforderte bei so vielen Corona-Patienten eine künstliche Beatmung, dass größere geplante Operationen, die im Anschluss einen Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich machten, auf unbestimmte Zeit verschoben wurden. Damit wurden Plätze für schwerstkranke Corona-Patienten geschaffen. Um das alles bundesweit zu koordinieren, schuf die **DIVI** ein Intensiv-Register, das unter

rettete seither Millionen Menschen das Leben. Doch leider sind nicht alle Versuche, das Leben zu retten und die Gesundheit wieder herzustellen, erfolgreich. In seltenen Fällen muss man am Ende der Bemühung feststellen, dass Hirntod vorliegt.

Hirntod ist ein künstlicher Zustand, bei dem das Gehirn abgestorben ist, aber der ganze übrige Körper noch Stoffwechsel hat und damit noch funktioniert. Daher besteht hierbei die Möglichkeit, vor dem Abstellen der künstlichen Beatmung, was den Herzstillstand binnen weniger Minuten nach sich zieht, seine Organe (Herz, Lunge, Leber, Niere, Pankreas und Dünndarm) zu spenden. Mit dieser Organspende können schwerstkranke Menschen vor dem drohenden Tod gerettet werden. Dies ist das Ideal, das dem Buch den Titel gab.

Edel sei der Mensch, hilfreich und gut;
denn das allein unterscheidet ihn
von allen Wesen, die wir kennen!

(Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832))

Da mir das Buch jedoch sehr wichtig war, brachte ich es selbst heraus und hoffe, dass es rasch über Mundpropaganda und soziale Medien bekanntgemacht wird. In gedruckter Form wird es das Buch nur befristet gegeben, danach nur noch als kostenlose PDF-Datei.

Mögen die LeserInnen dieses Buches mit dem hier angeeigneten Wissen über Hirntod und Organspende den in ihrem Beisein geäußerten Halb- und Unwahrheiten mutig entgegen treten und so den Sumpf der Vorurteile und Verschwörungstheorien ein Stück weit trockenlegen.

---

https://www.intensivregister.de/#/intensivregister für alle zugänglich war. Wie wichtig die künstliche Beatmung und die gute Koordinierung der Intensivbetten für das Überleben schwerkranker Corona-Patienten war, zeigt der Vergleich zwischen Italien (60,3 Mio. Einw.) und Deutschland (83,0 Mio. Einw.): Die Statistik der WHO wies für den 18.04.2020 für Italien 172.434 Corona-Infizierte aus, für Deutschland 137.439. Während Italien bis zum 18.04.2020 22.747 Corona-Tote zu beklagen hatte, waren es in Deutschland 1/5 davon, nämlich 4.110.

0.3.2 Wie wahre Worte lügen können

Kommunikation ist das, was ankommt.

In der Kommunikation gilt der Grundsatz: „Kommunikation ist nicht das, was ich sage/schreibe, sondern das was ankommt.“ Es ist auffallend, dass bei einer Reihe von Menschen dieser Grundsatz entweder unbekannt ist oder (absichtlich?) nicht berücksichtigt wird. Es sind gerade die Menschen, die vorgeben, über Organspende aufklären zu wollen. Indem sie nur ihre Sichtweise vorbringen, die den Worten nach meist richtig sind, erwecken sie bei dem beschriebenen Sachverhalt einen irreführenden Eindruck. Hierzu ein paar Beispiele:

1. Organspender würden fremdbestimmt sterben.
   In der Sichtweise, dass Organspender auf dem OP-Tisch bei der Organentnahme sterben, wird mit dieser Aussage suggeriert, dass man bei einer Ablehnung der Organentnahme nicht „fremdbestimmt“ stirbt. Dies ist jedoch falsch.
   Nach Feststellung des Hirntodes wird, wenn keine Möglichkeit der Organentnahme besteht, die künstliche Beatmung ausgeschaltet und das Herz bleibt nach wenigen Minuten für immer stehen.

2. Als möglicher Organspender bekommt man Schmerzmittel abgesetzt.
   Dies suggeriert, wenn man der Organentnahme widerspricht, bekäme man bis zum Herzstillstand Schmerzmittel. Oft erfolgt diese Aussage im Anhang an das Thema Schmerzen.
   Korrekt wäre die Aussage, dass für die Feststellung des Hirnntodes die schmerzstillenden Medikamente abgesetzt sein müssen, denn sie könnten bei der Überprüfung der klinischen Symptome einen Hirntod vortäuschen, wo keiner ist. Damit werden vor jeder **HTD** die Schmerzmittel abgesetzt.
   Die Sorge, dass der Patient dadurch Schmerzen erleiden könnte, ist unbegründet. Die Summe der Hinweise, dass Hirntod vorliegen könnte, belegen, dass der Patient in tiefem Koma ist. Damit ist er zu keiner Schmerzwahrnehmung fähig.

3. Eine englische Studie beweise mögliche Schmerzen von Hirntoten.
   Eine englische Studie belegt, dass Hirntote Schmerzen empfinden können. Dies ist dadurch in seltenen Fällen möglich, weil in Großbritannien der Hirntod als **Hirnstammtod** definiert ist.

In **D/A/CH** ist der Hirntod als **Gesamthirntod** definiert. Durch den damit verbundenen irreversiblen Funktionsausfalls des **Großhirns** können in **D/A/CH** Hirntote keine Schmerzen empfinden.

4. In der Schweiz ist zur Organentnahme eine Narkose vorgeschrieben.
   Diese Angabe erfolgt meist am Schluss des Themas „Schmerzen der Hirntoten“. Damit wird suggeriert, dass in der Schweiz – bei gleichem Hirntodverständnis (Gesamthirntod) – dafür gesorgt wird, dass Organspender keine Schmerzen haben, während in Deutschland für die Organentnahme keine Narkose vorgeschrieben sind.
   Korrekt ist, dass in der Schweiz die **Narkose** zur Unterdrückung der **spinalen Reflexe** gegeben werden. Dies wird in allen Schweizer Papieren betont. Zuweilen wird auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Narkose nicht gegen vermeintliche Schmerzen gegeben wird, da Hirntote kein **Schmerzempfinden** haben..
   In Deutschland werden **Muskelrelaxantien** empfohlen. Diese hemmen die Funktion des Skelettmuskels über einen längeren Zeitraum. Über beide Wege – Narkose und Muskelrelaxantien – wird das angestrebte Ziel erreicht, dass der Organspender für die Organentnahme ruhig und körperlich entspannt auf dem OP-Tisch liegt.

5. Abtreibung und Organentnahme stoppen ein schlagendes Herz.
   Diese Aussage liegt dem Verfasser als Aufkleber vor. Sie wurde von Lebensschützern ansprechend in Grafik umgesetzt und verbreitet. Auch diese Aussage ist dem Wort nach sachlich korrekt, aber inhaltlich irreführend.
   Bei der Abtreibung geht es um einen gezeugten Menschen, der im Begriff ist, zu einem selbständigen Menschen heranzureifen. Bei der Organentnahme handelt es sich um einen Hirntoten, einen Menschen, dessen Leben durch den **Hirntod** beendet wurde. Was an ihm als „Leben“ wahrnehmbar ist, bezeichnet die Medizin als **intermediäres Leben**, als das Leben von Organen, Geweben und Körperzellen nach dem **Individualtod**, nach dem Tod des Individuums, hier des Menschen. Aus diesem Grund ist die Gleichsetzung von Abtreibung und Organentnahme irreführend.

Es ist nicht die Intension dieses Buches, alle Halb- und Unwahrheiten zu Hirntod und/oder Organtransplantation aufzudecken. Wer ausführlicher interessiert ist, sei auf das Organspende-Wiki verwiesen.

Eine halbe Wahrheit kann eine ganze Lüge sein.

„Angesichts der Tragweite muss diese Entscheidung bewusst, vollständig informiert und mit ausdrücklicher Zustimmung erfolgen.“ oder die Forderung: „Staatlich finanzierte Broschüren, die das Ziel der umfassenden Aufklärung haben, müssen neben den Chancen auch die Risiken und weiterführenden Problembereiche der Organtransplantation benennen.“

Dies sind Beispiele der angegebenen Anliegen und Forderung aus dem Kreis dieser Menschen. Sie fordern eine vollständige Informiertheit, informieren selbst aber einseitig. Sie kommen unter dem Deckmantel der umfassenden Aufklärung daher, nennen aber nur die halbe Wahrheit. Ihr Engagement **Demontage eines Ideals** zu betreiben begründen sie häufig mit dem Hinweis über Hirntod und Organspende zu informieren und aufzuklären, verraten ihre eigenen Begründungen:

> *Wir wollen deshalb durch Aufklärung andere Menschen davor bewahren, unvollständig informiert vorschnell einer Organentnahme zuzustimmen – sei es bei sich selbst oder Angehörigen.“*

Ganz anders würde es so klingen:

> *Wir wollen deshalb durch Aufklärung andere Menschen davor bewahren, unvollständig informiert vorschnell einer Organentnahme zu wiedersprechen – sei es bei sich selbst oder Angehörigen.*

So ist es **Klaus Kinkel** passiert. Seine 20-jährige Tochter Pia lag nach einem Fahrradunfall hirntot auf der Intensivstation. Klaus Kinkel wurde gefragt, ob er einer Organspende zustimmen würde. Er verneinte ohne Rücksprache mit der Familie. Zu Hause erfuhr er, dass Pia sich positiv für die Organspende ausgesprochen. Dies trieb ihn lebenslang um.

Wie wahre Worte lügen können.

0.3.3 Hinweise zu weiterführenden Quellen

www.organspende-wiki.de

Leser dieses Buches werden bei einzelnen Begriffen oder Namen für weitere Informationen auf Seiten des Organspende-Wikis verwiesen. Dort sind auch Quellen genannt. Für die entsprechende Kennzeichnung sind die Begriffe und Namen im Text dieses Buches in Fettschrift. So steht z.B. **Hirntod** für den Link http://www.organspende-wiki.de/wiki/index.php/Hirntod. Es kann auch der betreffende Begriff, z.B. „Hirntod“, im Suchfeld des Organspende-Wikis eingegeben werden, um auf diese Internetseite zu gelangen.

Begriff „Hirntod“

Seit der am 30.03.2015 vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG“ – so der vollständige Titel dieser Richtlinie – soll nicht mehr vom „Hirntod“ gesprochen werden, sondern vom „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“. Am Zustand des Hirntoten hat sich dadurch nichts geändert. Da die inzwischen etablierte Bezeichnung „Hirntod“ kürzer ist, wird in diesem Buch durchgehend diese Bezeichnung benutzt. Weitere Gründe, beim Ausdruck „Hirntod“ zu bleiben, sind genannt unter: **IHA**.

Hirntod und Organspende

Meist wird Hirntod im Zusammenhang mit Organspende genannt und diskutiert. Dabei hat sich der Hirntod vor der Organtransplantation entwickelt. Die erste Beendigung einer Therapie, nachdem keine Hirnaktivität mehr festgestellt wurde, wurde im Jahr 1960 von **Pierre Wertheimer** et al. in einem Artikel veröffentlicht. Als Kriterien für die Beendigung der künstlichen Beatmung nannten sie: Nachweis der völligen Areflexie, keine Eigenatmung, das EEG weist eine Nulllinie auf und eine angiographische Darstellung der Hirndurchblutung.[1] Dies war 7 Jahre vor der ersten Herztransplantation.

Auch geben die **DGN**, **DGNC** und **DGNI** in ihrer gemeinsamen Stellungnahme im Jahr 2015 an: „Bei mehr als der Hälfte der Menschen wird der Hirntod diagnostiziert, auch wenn nach der Diagnose keine Organentnahme erfolgt, aus

1 Siehe: Dag Moskopp: Hirntod, 76.

den verschiedensten Gründen. ...“[1]

Der eigentliche Grund für die Durchführung der **HTD** ist die Klärung eines unklaren medizinischen Zustandes: Ist der Patient im tiefen **Koma** oder ist der **Hirntod** bereits eingetreten und damit feststellbar? Liegt **Koma** vor, wird die intensivmedizinische Behandlung weiter fortgesetzt oder nach dem in der **Patientenverfügung** festgelegten Willen die Therapie beendet. Wurde **Hirntod** festgestellt, lässt man die **Hinterbliebenen** noch Abschied nehmen, bevor die künstliche Beatmung ausgeschaltet wird und der Blutkreislauf dann zum Erliegen kommt.

Die zwei möglichen Wege der Hirntoten

Im Sommer 2015, eineinhalb Jahre nach dem Start des Organspende-Wiki´s, erhielt ich von einem Kritiker einen Brief mit einem Aufkleber. Der ansprechend in Grafik gepackte Spruch lautete: „Abtreibung und Organentnahme stoppen ein schlagendes Herz“. Das Perfide daran ist, dass die Worte sachlich korrekt sind, die damit vermittelte Botschaft jedoch irreführend ist. Nachdem mein erster Ärger verflogen war, entwickelte ich für die Richtigstellung dieser Aussage die nachfolgende Grafik:

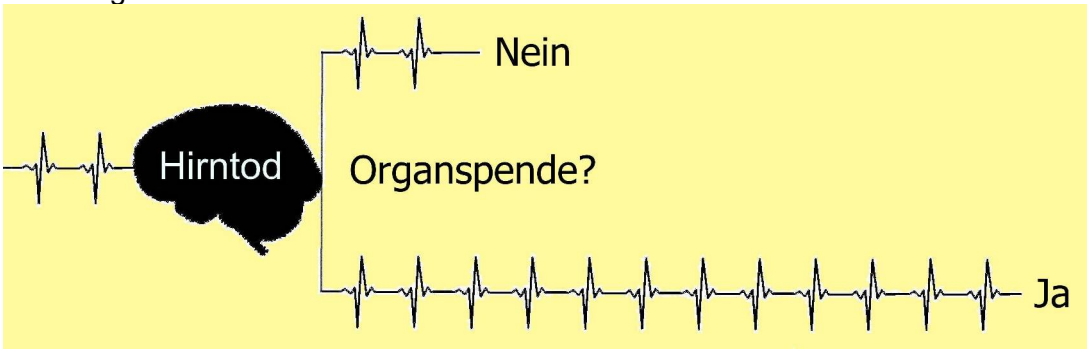


Abb. 1: Zwei Möglichkeiten nach Feststellung des Hirntodes

Ist der Hirntod festgestellt und besitzt der Hirntote transplantierbare Organe, stellt sich die Frage um die Zustimmung zur Organentnahme. Liegt diese nicht vor, wird nach der Verabschiedung durch die **Hinterbliebenen** die künstliche Beatmung abgeschaltet. Wird jedoch die Zustimmung zur Organentnahme gegeben, werden die Organe eingehender untersucht und die medizinischen Werte der transplantierbaren Organe an **Eurotransplant** in Leiden (Niederlande) gemeldet. Diese ermittelt nach den Vorgaben der **BÄK** nach einem klaren

1 DGN, DGNC, DGNI: Gemeinsame Stellungnahme der DGN, DGNC und DGN (2015)

Punktesystem die möglichen Organempfänger.[2] Erst wenn klar ist, welches Organ in welches **TXZ** soll, wird mit der Organentnahme begonnen. Bis zur Organentnahme hat das Herz des Organspenders noch zu schlagen, damit die Organe weiterhin durchblutet werden und keinen Schaden nehmen.

Die Möglichkeit der Organentnahme ist somit im Ablauf nur ein zeitliches Anhängsel, das in diesem Sinn zu verstehen ist: „Wenn die Therapie sowieso beendet wird, können bei Zustimmung zur Organentnahme die Organe entnommen werden, damit andere Menschen vor dem drohenden Tod gerettet werden können."

Die Feststellung des Hirntodes ist somit kein Teil im Prozess der Organtransplantation, sondern die Organentnahme wird nach Feststellung des Hirntodes vor die Beendigung der sinnlos gewordenen Therapie gestellt. Die Feststellung des Hirntodes ist zwar eine Voraussetzung für die Organentnahme, erfolgt jedoch von dieser völlig unabhängig.

Argumentation und Verständnis

Inzwischen kann man ganze Regale mit Literatur über die unterschiedlichen Sichtweisen zum Hirntod füllen. Man kann in einer Arbeit über den Hirntod eine systematische und statistische Auswertung darüber machen, wer welche Argumente vorbringt, doch was bringt dies?

Bei genauer Betrachtung der Literatur – auch von Diskussionen – zeigt sich, dass vereinzelt sachlich falsche Aussagen über den Hirntod gemacht werden. Diese Falschaussagen betreffen nicht die Sichtweise, ob Hirntote Sterbende und damit noch Lebende oder bereits Tote sind, sondern sind sachliche Fehler über den pathophysiologischen Zustand Hirntod. Einige sachlich falsche Aussagen zeugen von schlechter Recherche, andere zeugen davon, dass man Grundsätzliches über den Hirntod nicht verstanden hat. Solche falsche Aussagen stammen auch von Personen mit akademischen Graden, einige von ihnen haben sogar im medizinischen Bereich gearbeitet oder arbeiten noch darin. Daher ist dieser akademische Grad zumindest bei diesem Thema kein Garant für sachlich korrekte Aussage.

Wir sind eine plurale Gesellschaft mit monotonem Denkvermögen.

2 Pro Organspender werden durchschnittlich 3,3 Organe entnommen (DSO: Jahresberichte).

1 Das Ideal

1.1 Von Eltern und Kindern

Von 2004 bis 2012 führte ich unter Frauen nach Tod- bzw. Fehlgeburt eine breit angelegte Online-Umfrage durch. Die Antworten der trauernden Frauen wurden 2012 in dem mehrbändigen Werk „Stillgeburt“ veröffentlicht.

Bis zum Jahr 2014 begleitete ich trauernde Eltern nicht nur in der Klinik während der Akutsituation, sondern moderierte in den letzten Jahren auch das Monatstreffen der verwaisten Eltern.

Daneben erlebte ich als Klinikseelsorger immer wieder Situationen, in denen am Sterbebett eines Patienten oder einer Patientin Vater und/oder Mutter standen. Auch wenn es schon längst kein Kind mehr war, aber es war ihr Sohn, ihre Tochter. Auch das Alter von inzwischen über 60 Jahren änderte nichts daran, dass es ihr Kind ist, das jetzt gestorben ist.

Zuweilen ist es sogar noch die (Ur-)Großmutter und der (Ur-)Großvater, die um das verstorbene (Ur-)Enkelkind trauern. Bei ihnen ist es nicht nur die Trauer um das (Ur-)Enkelkind, sondern auch die Hilflosigkeit, das eigene (Enkel-)Kind nicht vor dem seelischen Schmerz der Trauer um ihr Kind bewahren zu können.

Der Volksmund sagt zu diesen Situationen völlig zurecht: „Eltern sollten nie in das Grab ihrer Kinder blicken müssen.“ Gleiches gilt auch für (Ur-)Großeltern. Dennoch geschieht dies immer wieder. Es lässt sich leider nicht vermeiden.

Wenn Kinder vor den Eltern sterben, steht die Welt Kopf. Die gewohnte Ordnung, dass die Alten vor den Jungen sterben, ist zerbrochen. Es starb ein Kind vor seinen Eltern. Es ist eine verkehrte Welt, die es so schwer macht, dies für sich anzunehmen.

Beim Tod eines (Ur-(Enkel-))Kindes bekam ich immer wieder diese eine Frage zu hören: „Warum konnte ich nicht für mein (Ur-(Enkel-))Kind sterben?“ Gerne hätten sie ihr eigenes Leben für das des eigenen (Ur-(Enkel-))Kindes hingegeben. Dies war ihnen jedoch verwehrt.

Nicht das Leben, aber eine Niere oder einen Teil ihrer Leber spenden Eltern ihren kranken Kindern. Auch innerhalb der Familienbande – unter Ehepartnern und Geschwistern – geschieht dies. Bei einem Vortrag auf dem DSO-Jahreskongress 2018 wurde das Beispiel einer Mutter genannt, die ihrem Sohn eine Niere gespendete hatte. Diese funktionierte rund 15 Jahre. Nun musste der

Sohn an die Dialyse. Die Mutter war jedoch bereit, auch ihre zweite Niere zu spenden und für ihren Sohn an die Dialyse zu gehen. Solch einen Altruismus sieht jedoch unser deutsches Gesetz nicht vor. Ihre dringende Bitte musste daher zurückgewiesen werden.

1.2 Die Optionen der Medizin

Die moderne Medizin vollbringt – im Vergleich zum Stand von 1950 – in vielen Bereichen wahre Wunder. Beim Ausfall der Eigenatmung können die Patienten künstlich beatmet werden, technisch im Grunde unbegrenzt. Wenn das Herzkranzgefäß verschlossen ist, kann man es mit einem über den Herzkatheter zugeführten Ballon wieder weiten.

Bei kranker Niere

Die Niere entgiftet unseren Körper. Wenn die Niere versagt, ermöglicht die Dialyse als Nieren-Ersatztherapie das Weiterleben.

Doch das Leben als Dialysepatient ist kein Zuckerschlecken: Wöchentlich dreimal muss man für einen halben Tag an die Dialyse. Das ist nur die Oberfläche dessen, was man sieht. Darunter verbirgt sich weiteres Leid, oft schweres Leid: Urlaub ist nur dort möglich, wo es in der Nähe freie Dialyse-Plätze gibt. Obst und Gemüse, was sonst als gesund gilt, muss vor dem Verzehr stundenlang gewässert werden, um das Kalium zu entziehen. Damit gehen aber auch neben dem Geschmack die Vitamine verloren. Schokolade ist ein Tabu. Was oft als Schlimmstes erlebt wird, insbesondere im Sommer: Man darf täglich maximal nur einen halben bis einen ganzen Liter Flüssigkeit zu sich nehmen. Dabei sind der morgendliche Kaffee und die Mittagssuppe mit eingeschlossen.

Während einige Dialysepatienten von der Dialyse weg zur Arbeit gehen, müssen sich andere für den Rest des Tages hinlegen, weil die Dialyse ihnen alle Kraft raubt. Ihnen gehen damit von 7 Tagen Leben – im Sinne von Erleben – dadurch 3 volle Tage verloren.

Als Nieren-Transplantierte könnten sie, bis auf die täglich einzunehmenden Immunsuppressiva – ein völlig normales Leben führen. Doch dazu bedarf es einer gespendeten Niere.

Bei kranker Leber

Die Leber wird oft als die „Chemiefabrik“ unseres Körpers bezeichnet. Sie erfüllt eine Vielzahl an Aufgaben. Unter anderem entgiftet auch sie unseren Körper.

Wenn die Leber völlig versagt, besitzt die Medizin keine Ersatztherapie. **LTX** ist die einzige Möglichkeit, das Leben dieser Menschen zu retten, andernfalls stirbt er binnen weniger Tage.

Bei chronischem Leberversagen kann sich das Sterben über Monate hinziehen. Der Tod kann trotz Intensivmedizin nicht verhindert werden. Dieser kann in unterschiedlicher Form eintreten:

- Der Körper wird nicht mehr entgiftet. Es kommt zum Multiorganversagen.
- Es bilden sich Varizen (Krampfadern). In der Speiseröhre können sie durch Ritzen einer harten Speise, z.B. einer Brotkruste, zu inneren Blutungen führen, die nachts meist tödlich enden.
- Das Blut wird immer dünner. Es kommt zuerst zu inneren Blutungen. Im Extremfall kann selbst auf der Intensivstation das Verbluten nicht verhindert werden.

Wenn die Leber erkrankt und sich nicht wieder erholt, hat der Patient ein ernsthaftes Problem. Zunächst werden seine Haut und seine Augäpfel gelblich und er wird körperlich schwächer. Die weitere Entwicklung ist ein stationärer Klinikaufenthalt, irgendwann folgt die Intensivstation. Wenn es sich dann noch weiter verschlechtert, gibt es nur noch 2 Möglichkeiten: eine baldige **TX** oder der Tod.

Bei kranker Lunge

Die Lunge erfüllt zwei lebenswichtige Aufgaben: Sie nimmt Sauerstoff von der Atemluft auf und gibt ihn an das Blut ab. Das im Blut enthaltene CO_2 gibt sie an die Atemluft ab. Diese Funktion übernehmen die Lungenbläschen. Wenn einer dieser beiden Funktionen völlig ausfällt, sterben wir binnen Minuten. Auch eine künstliche Beatmung könnte uns vor dem Erstickungstod nicht retten, weil die Funktionalität der Lunge nicht mehr gegeben ist.

Es gibt viele Erkrankungen der Lunge mit unterschiedlichen Ursachen. Das große Problem ist, dass sich die Lunge nicht erholen kann, wenn Lungenbläschen absterben. Es können sich keine neuen mehr bilden. Die Folge ist, dass die Patienten körperlich immer schwächer werden, irgendwann

Sauerstoff brauchen, dann eine künstliche Beatmung. Danach gibt es nur noch eine baldige **Lungen-TX** oder den Tod.

Bei krankem Herzen

Das Herz hat nur eine, aber sehr wichtige Aufgabe. Es pumpt das Blut in 2 Blutkreisläufen durch unseren Körper: Im kleinen Blutkreislauf pumpt es das sauerstoffarme und CO_2-reiche Blut in unsere Lunge. Diese gibt das CO_2 an die Atemluft ab und nimmt Sauerstoff in das Blut auf. So gelangt sauerstoffreiches Blut wieder zum Herzen zurück. Dieses sauerstoffreiche Blut pumpt das Herz durch den ganzen Körper und versorgt diesen mit allen notwendigen Stoffen, nicht nur mit Sauerstoff und Nährstoffen. Wenn nur der kleine Blutkreislauf nicht mehr funktioniert, werden wir zunächst körperlich schwach, im Extremfall ersticken wir trotz gesunder Lunge.

Für Herz-Patienten gibt es ein Kunstherz, ein Total Artificial Heart (TAH). Dieses TAH wird an die Stelle des Herzens als mittelfristige Lösung zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Herz-TX in den Oberkörper des Patienten eingebaut. Der Patient kann damit zu Hause leben, muss aber ständig geladene Akkus am Gürtel haben, damit nicht plötzlich sein TAH stehen bleibt. Die Schwierigkeit hierbei ist das in den Körper führende Kabel, das dem TAH die nötige Energie liefert. Entlang dieses Kabels können Keime (Krankheitserreger) in den Körper eindringen und lebensgefährliche Infektionen auslösen. Meist muss dann das TAH ausgebaut und auf der Intensivstation das Abklingen der Infektion abgewartet werden. Diese Ernst zu nehmende Gefahr ist der Grund, warum ein TAH nur eine mittelfristige Übergangslösung bis zur Herz-TX ist.

ECMO

In Universitätskliniken und einigen großen Kliniken gibt es für den Ausfall der Lunge und/oder des Herzens noch die **ECMO**. Sie ersetzt die Funktion beider Organe. Dabei ist der Patient dauerhaft im Bett liegend über große Blutgefäße mit der **ECMO** verbunden. Die **ECMO** ist zur Überbrückung gedacht, nicht als Dauerlösung. Zudem hat sie auch ihre Grenzen und auch ihre medizinische Probleme, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Ursachen der Erkrankungen

Die Ursachen der Erkrankungen sind vielfältig und je nach Organ verschieden. Meist erkrankt der Patent unverschuldet. Auch eine gesunde Lebensweise konnte ihn nicht davor bewahren

1.3 Aussagen der Religionen

Hinweis: Es gibt auch aus religiösen Kreisen Stimmen, die distanziert, kritisch bis ablehnend gegenüber der Organspende stehen. Sie sind jedoch nicht die Mehrheit und werden daher hier nicht erwähnt. Es soll nur darauf hingewiesen werden.

1.3.1 Gemeinsame Erklärung (1989)

1989 brachten die christlichen Kirchen und Gemeinschaften[1] die Schrift "Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens" heraus. Diese Schrift wurde aus Anlass 10 Jahre "Woche für das Leben" vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz im Jahr 2000 als Sonderausgabe herausgegeben.[2] Darin heißt es:

> *Grundsätzlich anzuerkennen ist die Absicht, durch Organspende und Organverpflanzung leidenden oder gar lebensbedrohten Mitmenschen zu helfen. Deshalb haben bereits bisher kirchliche Äußerungen zur Organspende nach dem eigenen Ableben ermuntert. Die Kirchen wollen auch weiterhin die Bereitschaft zur Organspende wecken und stärken. Die Organspende kann eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein. (103)*
>
> *Insgesamt sehen die Kirchen in einer Organspende eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren, treten aber zugleich für eine sorgfältige Prüfung der Organverpflanzung in jedem Einzelfall ein. (105)*

1 Diese Schrift wurde herausgegeben von: Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und Deutsche Bischofskonferenz in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West): Griechisch-Orthodoxe Metropolie von Deutschland; Bund Evangelisch-Freikirchlicher Gemeinden in Deutschland; Evangelisch-methodistische Kirche; Katholisches Bistum der Alt-Katholiken in Deutschland; Vereinigung der Deutschen Mennonitengemeinden; Europäisch-Festländische Brüder-Unität (Herrnhuter Brüdergemeinde); Syrisch-Orthodoxe Kirche von Antiochien in der BRD; Evangelisch-altreformierte Kirche in Niedersachsen; Bund Freier evangelischer Gemeinden in Deutschland; Religiöse Gesellschaft der Freunde (Quäker); Selbständige Evangelisch-Lutherische Kirche; Christlicher Gemeinschaftsverband Mülheim/Ruhr GmbH; Die Heilsarmee in Deutschland.

2 https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/AH_076.pdf

1.3.2 Gemeinsame Erklärung (1990)

1990 brachten der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (**EKD**) und die Deutsche Bischofskonferenz (**DBK**) die oft zitierte gemeinsame Schrift „Organtransplantationen“ heraus.[1] Darin heißt es:

> *Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden. ... Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewußtlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht. (10f)*
>
> *So verständlich es auch sein mag, daß mancherlei gefühlsmäßige Vorbehalte gegen die Entnahme von Organen eines Hirntoten bestehen, so wissen wir doch, daß bei unserem Tod mit unserem Leib auch unsere körperlichen Organe alsbald zunichte werden. Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, daß der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt. (14)*
>
> *Die Ärzte und ihre Mitarbeiter, aber auch die christlichen Gemeinden, sind aufgerufen, ihren Beitrag zur sachlichen Aufklärung der Bevölkerung zu leisten, um mehr Möglichkeiten der Transplantation zu verwirklichen. (17)*

Schlusssatz dieser gemeinsamen Erklärung:

> *Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten. (17)*

1 https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT_01.pdf

1.3.3 Aussagen der evangelischen Kirche

Am 31.08.2010 ermunterte Präses Schneider zur Organspende:[1]

> *Ich glaube, dass Gott meine alten Organe nicht braucht, wenn er mir nach dem Tod ein neues Leben schenkt.*

Am 28.11.2012 ermutigte die **EKD** ihre Mitglieder, sich zu entscheiden:[2]

> *Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) ermutigt die Bundesbürger, über ihre Bereitschaft zur Organspende zu entscheiden. ... Eine Entscheidung für oder gegen die Organspende zu Lebzeiten entlastet die Angehörigen.*

1.3.4 Aussagen der katholischen Kirche

Papst Johannes Paul II. in seiner Rede am 29.8.2000 auf dem Internationalen Kongress für Organverpflanzung:[3]

> *Voll Zuversicht bestärke ich die Verantwortlichen für Gesellschaft, Politik, Erziehungs- und Bildungswesen, sich auch weiterhin für die Förderung einer wahren, von Hochherzigkeit und Solidarität gekennzeichneten Kultur einzusetzen. Die Herzen der Menschen, vor allem junger Menschen, müssen wahrhaft und zutiefst offen sein für die Notwendigkeit brüderlicher Liebe, eine Liebe, die in der Entscheidung Organspender zu werden ihren Ausdruck finden kann. Möge der Herr jeden von Ihnen bei der Arbeit unterstützen und im Dienst für wahren menschlichen Fortschritt lenken. Diesen Wunsch begleite ich mit meinem Segen.*

Papst Benedikt XVI. in seiner Rede am 07.11.2008 an die Teilnehmer des internationalen Kongresses zum Thema "Ein Geschenk für das Leben. Überlegungen zur Organspende".[4]

---

1 https://www.ekd.de/news_2010_08_31_organspenden.htm

2 https://www.ekd.de/news_2012_11_28_entscheidung_ueber_organspende.htm

3 http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html

4 http://www.vatican.va/content/benedict-xvi/de/speeches/2008/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20081107_acdlife.html

Die Organspende ist eine besondere Form des Zeugnisses der Nächstenliebe.

Eine Transplantationsmedizin, die einer Ethik der Gabe entspricht, erfordert seitens aller das Bemühen, jede mögliche Anstrengung in der Bildung und Information zu unternehmen, um die Gewissen immer mehr hinsichtlich einer Problematik zu sensibilisieren, von der das Leben so vieler Personen direkt betroffen ist. Es wird daher notwendig sein, Vorurteile und Missverständnisse zu beseitigen, Misstrauen und Ängste zu zerstreuen, um sie durch Gewissheiten und Garantien zu ersetzen und in allen ein zunehmend sich weiter ausbreitendes Bewusstsein des großen Geschenks des Lebens zuzulassen.

Der Königsweg, der zu befolgen ist, bis die Wissenschaft mögliche neue und fortschrittlichere Therapieformen entdeckt, wird die Bildung und Verbreitung eine Kultur der Solidarität sein müssen, die sich allen öffnet und niemanden ausschließt. Eine Organtransplantationsmedizin, die einer Ethik des Spendens entspricht, erfordert von seiten aller das Bemühen, jede mögliche Anstrengung in der Ausbildung und Information zu unternehmen, um so die Gewissen immer mehr für eine Problematik zu sensibilisieren, die direkt das Leben zahlreicher Personen betrifft. Es wird daher notwendig sein, Vorurteile und Mißverständnisse zu beseitigen, Mißtrauen und Ängste zu zerstreuen, um sie durch Gewißheiten und Garantien zu ersetzen, um so in allen ein immer weiter verbreitetes Bewußtsein des großen Geschenks des Lebens zu ermöglichen.

Papst Franziskus sagte am 28.05.2017 beim "Regina Coeli" auf dem Petersplatz:[1]

Meine Gedanken und meine Ermutigung gelten den Vertretern der Vereinigungen von Ehrenamtlichen, die die Organspende fördern, einen »edlen und verdienstvollen Akt« (vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, Nr. 2296).

Papst Franziskus empfing am 13.04.2019 eine Delegation der italienischen Organspendervereinigung.[2] Dabei sagte er:

1 http://w2.vatican.va/content/francesco/de/angelus/2017/documents/papa-francesco_regina-coeli_20170528.html

2 http://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2019/04/13/0311/00634.html

In seiner Enzyklika Evangelium vitae erinnerte uns der heilige Johannes Paul II. daran, dass unter den Gesten, die zur Förderung einer authentischen Lebenskultur beitragen, "die Organspende in ethisch akzeptablen Formen besondere Anerkennung verdient - das sollte betont werden -, um den Kranken, denen es manchmal an Hoffnung mangelt, eine Möglichkeit der Gesundheit und sogar des Lebens zu bieten" (Nr. 86). Deshalb ist es wichtig, die Organspende als unbezahlten freien Akt zu erhalten.

Die Gläubigen sind aufgerufen, es als Opfergabe an den Herrn zu leben, der sich mit denen identifiziert hat, die an Krankheiten, Verkehrsunfällen oder Arbeitsunfällen leiden. Es ist schön für die Nachfolger Jesu, ihre Organe anzubieten, im Rahmen des gesetzlich und moralisch Zulässigen, denn es ist ein Geschenk an den leidenden Herrn, der sagte, dass alles, was wir einem bedürftigen Bruder angetan haben, wir ihm angetan haben (vgl. Mt 25,40).

Es ist daher wichtig, eine Spendenkultur zu fördern, die durch Information, Bewusstsein und ihr ständiges und geschätztes Engagement dieses Angebot eines Teils ihres Körpers, ohne Risiko und unverhältnismäßige Folgen, bei der Lebendspende und aller Organe nach ihrem Tod fördert. Aus unserem eigenen Tod und aus unserer Gabe können das Leben und die Gesundheit anderer, Kranker und Leidender entstehen und dazu beitragen, eine Kultur der Hilfe, Gabe, Hoffnung und des Lebens zu stärken.

Ich ermutige Sie, Ihre Bemühungen zur Verteidigung und Förderung des Lebens durch die wunderbaren Mittel der Organspende fortzusetzen. Ich erinnere mich an die Worte Jesu: "Gib und es wird dir gegeben: Ein gutes Maß, gedrückt, gefüllt und überströmend - der Herr schont hier die Adjektive nicht - wird in deinen Schoß gegossen werden" (Lk 6,38). Wir werden unseren Lohn von Gott erhalten, entsprechend der aufrichtigen und konkreten Liebe, die wir unserem Nächsten gezeigt haben.

Der Katechismus der Katholischen Kirche (KKK) zur Organspende:[1]

KKK 2296 Organverpflanzung ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht im vollen Wissen ihre Zustimmung gegeben haben. Sie entspricht hingegen dem sittlichen Gesetz und kann sogar verdienstvoll sein, wenn die physischen und psychischen Gefahren

1 http://www.vatican.va/archive/DEU0035/_P86.HTM#2BE

und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen. Die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, ist selbst dann sittlich unzulässig, wenn es dazu dient, den Tod anderer Menschen hinauszuzögern.

Am 27.4.2015 brachte die **DBK** die Arbeitshilfe "Hirntod und Organspende" heraus.[1] Diese Handreichung erschien zum 25-jährigen Jubiläum der gemeinsamen Schrift der **EKD** und **DBK** im Jahre 1990. In ihr heißt es:

Nach jetzigem Stand der Wissenschaft stellt das Hirntod-Kriterium im Sinne des Ganzhirntodes – sofern es in der Praxis ordnungsgemäß angewandt wird – das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung des Todes eines Menschen dar, so dass potentielle Organspender zu Recht davon ausgehen können, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind. (6)

Die Entscheidung zur postmortalen Spende eigener Organe stellt einen großherzigen Akt der Nächstenliebe dar, der als solcher frei von allem sozialen Druck bleiben sollte. (6)

Als besonders irritierend gilt manchen der Umstand, dass weltweit mehrere Fälle erfolgreicher Schwangerschaften hirntoter Frauen beschrieben worden sind. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer bestehenden Schwangerschaft keineswegs eine eigenständige Leistung der jeweiligen Hirntoten allein, sondern das Ergebnis komplexer intensivmedizinischer Interventionen zur Stabilisierung bestimmter außerordentlich labiler Restlebensphänomene darstellen, die als solche gerade nicht auf der Ebene der Ganzheit des Organismus angesiedelt sind. (15)

Ausführlicher sind die Aussagen der katholischen und evangelischen Kirche zu Hirntod und Organspende beschrieben in dem parallel erschienenen Buch

„Hirntod – Organspende und die Kirche sagt dazu“

1 https://www.dbk-shop.de/de/hirntod-organspende.html

Am 13.03.2019 veröffentlichte das **ZDK** die Stellungnahme „Organspende nicht ohne freiwillige Zustimmung“.[1] Darin heißt es:

Das Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) teilt das Ziel, die Organspendebereitschaft und die Transplantationszahlen zu erhöhen, und befürwortet alle ethisch angemessenen Schritte zu seiner Realisierung. Denn die Organspende dient als Akt freiwilliger Solidarität den Lebenschancen schwer erkrankter Menschen, die auf ein Spenderorgan warten.

1.3.5 Aussagen des Islam

Im Koran heißt es in Sure 5,32 (ähnlich auch im jüdischen Talmud):

Wer einen Menschen tötet, für den soll es sein, als habe er die ganze Menschheit getötet. Und wer einen Menschen rettet, für den soll es sein, als habe er die ganze Welt gerettet.

Der Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V. (ZMD) schrieb am 28.6.1995 für die Anhörung im Bundestag:[2]

1. Die Entnahme eines Organs aus dem Körper eines Menschen und seine Verpflanzung in den Körper eines anderen Menschen ist eine erlaubte lobenswerte Handlung und wohltätige Hilfeleistung, die unter Berücksichtigung folgender Einzelheiten den islamischen Vorschriften und der Menschenwürde nicht widerspricht.
2. Die Organverpflanzung muß die einzig mögliche medizinische Behandlungsmaßnahme für den Empfänger sein.
3. Der Erfolg bei beiden Operationen, sowohl der Entnahme als auch der Einpflanzung, muß für gewöhnlich oder in den meisten Fällen gesichert sein.
4. ...

Die Haltung der Muslime gegenüber der Organ- und Gewebespende drückt am eindrücklichsten dieses Plakat aus:

1 https://www.zdk.de/veroeffentlichungen/erklaerungen/detail/Organspende-nicht-ohne-freiwillige-Zustimmung-249R

2 http://zentralrat.de/14632.php

Muslime werben für Organ- und Gewebespende

Solidarität

WIR HELFEN DIR !

EGAL WER DU BIST

EGAL WOHER DU KOMMST

EGAL ZU WELCHER RELIGION DU GEHÖRST

Organ- und Gewebespende ist HALAL
Muslime helfen Leben zu retten
Muslime spenden
Wir klären auf

weitere Infos unter www.islam.de

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ZMD Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V.

DSO DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION Gemeinnützige Stiftung

Koordinierungsstelle Organspende

1.4 Von der Ethik des Helfens

Beim Thema der Ethik des Helfens kommt man schnell auf den kategorischen Imperativ, der in seiner Grundform nach Immanuel Kant (1724-1804) lautet:

> Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst,
>
> dass sie ein allgemeines Gesetz werde. (AA IV, 420)

Es mag jede(r) an dieser Stelle einmal für eine Minute inne halten und überlegen, wie die Welt aussähe, wenn alle Menschen so handeln würden wie sie selbst. Nehmen Sie sich bitte jetzt diese eine Minute und lassen diesen kategorischen Imperativ auf sich wirken.

1.4.1 Altruismus, die Definition

Diese Eigenschaft des Menschen, sich uneigennützig für andere einzusetzen, ja sogar sein eigenes Leben in Gefahr zu bringen, bezeichnete wohl erstmals der französische Philosoph Auguste Comte um 1850 als „Altruismus“ (von lat. alter = der andere).[1]

Wikipedia besagt, dass Altruismus „bis heute jedoch nicht allgemeingültig definiert“ werden kann. Aus diesem Grunde sind hier einige Definitionen von Altruismus genannt, um im Verständnis um Altruismus seinem Sinn und Inhalt in rechter Weise näher zu kommen.

„Altruismus (lateinisch: alter ‚der Andere') bedeutet in der Alltagssprache "Uneigennützigkeit, Selbstlosigkeit, durch Rücksicht auf andere gekennzeichnete Denk- und Handlungsweise ... Altruistisches Verhalten kann ein Leitbild bzw. Ideal im religiösen Kontext darstellen (Nächstenliebe).".[2]

„Altruismus m [von ital. altrui = ein anderer; Adj. altruistisch], fremddienliches Verhalten, uneigennütziges Verhalten, gemeinnütziges Verhalten, Gemeinnutz, Beistandsverhalten, uneigennütziges Verhalten eines Individuums (= Geber oder Donor) zum Wohl anderer (= Empfänger oder Rezipient) mit Erhöhung der Fortpflanzungschancen des Empfängers auf Kosten des Gebers. Als klassisches Beispiel gilt der Verzicht auf eigene Nachkommen z. B. von Arbeiterinnen in Insektenstaaten (staatenbildende Insekten), die auf Kosten ihres eigenen

1 https://www.geo.de/magazine/geo-kompakt/4950-rtkl-raetsel-der-selbstlosigkeit

2 https://de.wikipedia.org/wiki/Altruismus

Fortpflanzungserfolgs ihre Schwestern großziehen, oder altruistische Verhaltensweisen im Rahmen der Fürsorge zwischen Eltern und Nachkommen.“[1]

„Unter Altruismus versteht man ein Verhalten, das das Wohlergehen eines anderen Organismus steigert. Definiert man Altruismus als Gegenteil des Egoismus, ist Altruismus noch viel mehr. Man handelt dann altruistisch, wenn man das Wohlergehen des anderen steigert, dies aber auf Kosten des eigenen Wohlergehens geht.“[2]

„Altruismus ist zunächst einmal vom Egoismus abzugrenzen und steht im Gegensatz zu diesem dafür, auf andere Rücksicht zu nehmen. Wenn wir altruistisch denken, fühlen und handeln, sind wir selbstlos und stellen die Interessen anderer Personen über unsere eigenen. Ehrenamtliches Engagement ist ein Paradebeispiel für altruistisches Verhalten. Doch auch Trinkgeld geben, für wohltätige Zwecke spenden oder Patenschaften übernehmen, ist Ausdruck von Altruismus. All dies geschieht in der Abwesenheit einer offensichtlichen oder sofortigen Belohnung. ... Altruismus hat einen Gegenwert – Vertrauen, Anerkennung, Unterstützung – und das ist gut so. ... dieses Verhalten ist vor allem genetisch motiviert. Das eigene Erbgut soll weitergegeben werden, das Interesse selbst zu überleben, wird hintenan gestellt.“[3]

1.4.2 Altruismus unter Tieren

Altruismus findet sich nicht nur bei Menschen, sondern auch bei Tieren und sogar bei Pflanzen, daher sind hier Beispiele über die wenig bekannten Formen von Altruismus genannt.

Charles Darwin schrieb ein Buch über die Emotionen und die Befähigung von Mitgefühl von Tieren. Darin nennt er das Beispiel eines Hundes, der jedes Mal, wenn er an einem Korb vorbei kam, in dem eine kranke Katze lag, ihr mit der Zunge über das Fell leckte. Darwin sah darin ein sicheres Zeichen für Zuneigung.[4]

---

1 https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/altruismus/2546

2 https://aktion-hummelschutz.de/biologie/altruistisches-verhalten-nur-egoismus-bei-hummeln

3 https://utopia.de/ratgeber/altruismus-warum-es-dich-gluecklich-macht-selbstlos-zu-sein

4 Siehe: Frans de Waal: Der Mensch, der Bonobo und die zehn Gebote, 61.

Wilddiebe hatten der Schimpansin Tia ihr Neugeborenes gestohlen. Glücklicherweise konnte es konfisziert und zurückgebracht werden. Dabei nahm Mike, ein nichtverwandter Schimpanse, der zu jung war, um der Vater des Babys zu sein, den Säugling an sich und brachte ihn sofort zu Tia. Offensichtlich wusste er, wem das Baby gehört. Wahrscheinlich hat er auch mitbekommen, dass Tia Probleme mit dem Laufen hatte, nachdem die Hunde der Wilddiebe sie schwer verletzt hatten. Zwei Tage lang trug Mike das Baby, wenn die Gruppe weiterzog, während Tia hinterher humpelte.[1]

„Die Liste der Tierarten, deren Vertreter zumindest zeitweilig das Wohl ihrer Gefährten höher schätzen als das eigene, ist verblüffend umfangreich. Eisvögel unterstützen Artgenossen bei der Pflege ihrer Brut. Elefanten stützen verletzte Herdenmitglieder mit ihren Stoßzähnen und mühen sich mit aller Kraft, die tonnenschweren Leiber alter und kranker Tiere aufzurichten. Pottwale riskieren mitunter gar das eigene Leben, um Gefährten gegen angreifende Haie und Orcas zu verteidigen.“[2]

„Tiere unterordnen sich unter und setzen ihr Leben aufs Spiel. Dies machen sie sogar freiwillig, ohne dass dabei Konflikte im Staat auftreten, was gerade in großen Insektenstaaten mit mehreren 10.000 Tieren geradezu unglaublich erscheint.“[3]

„Ein Graufischerpaar zieht seine Jungen häufig nicht alleine auf. Vor allem unter schlechteren Bedingungen hilft ein weiterer Vogel bei der Nahrungssuche und dem Brüten. Dabei handelt es sich bei guten Nahrungsbedingungen um einen älteren Sohn, bei schlechteren Nahrungsbedingungen um einen älteren Sohn und ein fremdes Tier.“[4]

Der Pazifische Goldregenpfeifer fliegt jährlich zum Überwintern von Alaska rund 4.500 km nach Hawaii. Auf seiner Flugroute gibt es keine Insel, nur Meer. Der Vogel kann nicht schwimmen und muss daher die 80 Stunden ständig in der Luft bleiben. Als „Treibstoff“ stehen ihm hierfür 70 Gramm Fett zur Verfügung, die er sich in Alaska angefressen hat. Selbst unter Berücksichtigung des stetig verringerten Fluggewichts auf dieser Reise, so haben Wissenschaftler

1 Siehe: Frans de Waal: Der Mensch, der Bonobo und die zehn Gebote, 68f.

2 https://www.geo.de/magazine/geo-kompakt/4950-rtkl-raetsel-der-selbstlosigkeit

3 https://aktion-hummelschutz.de/biologie/altruistisches-verhalten-nur-egoismus-bei-hummeln

4 https://aktion-hummelschutz.de/biologie/altruistisches-verhalten-nur-egoismus-bei-hummeln

ausgerechnet, dass ihm nach 72 Stunden sein Fettvorrat zu Ende wäre, doch er kommt mit rund 6 Gramm Fett auf Hawai an. Was ist sein Geheimnis? Lange rätselten die Wissenschaftler und stellten verschiedene Theorien auf. Doch dann betrachtete man das Flugverhalten der Pazifischen Goldregenpfeifer. Sie fliegen immer in Gemeinschaft in solcher Formation, dass die nachfolgenden Vögel sozusagen im Windschatten des vorausfliegenden fliegen und dadurch Kräfte sparen können. Sozialverhalten ist also ihr Geheimnis.[1]

„Besonders gut dokumentiert ist der tierische Altruismus bei dem Belding-Ziesel, einem kleinen, in der nordamerikanischen Prärie heimischen Nager. Nähert sich ein Kojote der Kolonie, richtet sich ein Ziesel auf den Hinterbeinen auf und stößt einen trillernden Alarmschrei aus. Die Artgenossen sind gewarnt und gehen in Deckung. Der Rufer jedoch hat die Aufmerksamkeit des Angreifers auf sich gezogen – und droht deshalb selbst zur Beute zu werden.“[2]

Schwertwale werfen sich gelegentlich an argentinische Strände, an denen Robben ihre Jungen aufziehen, ergreifen ein Junges und ziehen sich wieder ins Meer zurück. Bei dieser riskanten Methode kann es vorkommen, dass der Schwertwal nicht mehr ins Meer zurück kann und stirbt. Man hat beobachtet, wie adulte Tiere ihre Jungen dazu anhielten, auf Stränden ohne Robben zu stranden und damit zu üben. Sie schieben die Jungen auf einen Strand und helfen ihnen, falls sie es nicht von allein schaffen, anschließend wieder ins Wasser zu kommen. Man hat auch beobachtet, wie sich die Jungen an den Strand drängten, auf dem Robben waren. Wenn dabei ein Junges keine Beute machte, wurde ihm von einem Erwachsenen die eigene Beute zugeworfen. Für die adulten Schwertwale ist es nachteilig, die Jungen auszubilden und mit den Jungen zu jagen, doch für die Gruppe sichert es das Überleben.[3]

Am 16.08.1996 rettete die Gorillafrau Binti einen 3-jährigen Jungen, der in das Gehege gefallen war. Die Times kürte Binti zum „besten Menschen“ des Jahres 1996. Wissenschaftler der verschiedensten Richtungen und Disziplinen hatten ihre je eigenen Erklärungen. Jedoch der Schweizer Gorillaexperte Jürg Hess sagte in einem Interview hierzu: „Der Vorfall kann nur für Leute sensationell sein, die nichts über Gorillas wissen.“[4]

---

1 Siehe: https://www.livenet.ch/themen/wissen/schoepfungswissenschaft/241463-200grammvogel_bietet_evolution_die_stirn.html

2 https://www.geo.de/magazine/geo-kompakt/4950-rtkl-raetsel-der-selbstlosigkeit

3 Siehe: Frans de Waal: Der Affe und der Sushimeister, 248.

4 Jürg Hess. Zitiert nach: Frans de Waal: Der Affe und der Sushimeister, 80.

Am 13.05.2014 zeichneten Überwachungskameras in Bakersfield (Kalifornien) eine ungewöhnliche Rettungsmaßnahme auf: Der 8-monatige Labradormischling schlich sich von hinten an den 4-jährigen Jeremy, biß ihm ins Bein und riß ihn zu Boden. Während der Hund noch an Jeremy zerrte, kam die Katze Tara und schlug den doppelt so großen Hund in die Flucht. Der Hund wurde hierauf eingeschläfert.[1]

1.4.3 Altruismus unter Pflanzen

„Die menschliche Arroganz hat uns immer zu der Annahme verleitet, dass wir in Bezug auf die evolutionäre Überlegenheit die höchsten auf der Leiter sind. Die moderne Wissenschaft hat jedoch etwas entdeckt, das uns auf den Punkt bringen sollte: Zwischen den Bäumen gibt es eine unterirdische Internetverbindung ... Das unterirdische Pflanzenökosystem ist komplexer als Sie denken. Es fungiert als eine Art riesiges Informationsdatenzentrum, das Tonnen von Daten verarbeitet und sie von einem Werk in ein anderes überträgt. Die Wurzeln spielen bei diesem Informationsaustausch jedoch keine große Rolle. Die Hauptbestandteile sind die Vielzahl von Pilzen, die unterirdisch vorhanden sind. Während Pilze die berühmteste Art von Pilzen sein könnten, bestehen die meisten ihrer Körper aus einer Masse dünner Fäden, bekannt als Myzel . Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Fäden wie unterirdische Internetfasern wirken und die Wurzeln verschiedener Pflanzen miteinander verbinden.“[2]

„Die Biologin ist auch fasziniert von Wurzeln. Gern spricht sie vom unterirdischen «Wood Wide Web», dem etwas anderen WWW. Dieses besteht aus einem Geflecht aus Mykorrhiza-Pilzen und Wurzelspitzen. In diesem riesigen Netz tauschen Pflanzen Wasser, Nährstoffe und Informationen aus. Das Netz kann Bäume über weite Entfernungen miteinander verbinden. Grosse Bäume unterstützen junge Setzlinge, und zwar nicht nur solche derselben Art, sondern auch andere. Für Koechlin ist das «klar eine Art Teamwork».“[3]

„Bei Impatiens pallida, einer nur in Nordamerika heimischen Springkrautart, ist oft zu beobachten, dass miteinander verwandte Individuen sehr nahe

1 https://www.netmoms.de/video/heldenhafte-katze-tara-rettet-jungen-vor-hundeangriff/?obcamp=netmoms-video&obref=outbrain-fol-web&cm_ven=focus_outbrain (05.05.19)

2 https://ger.topbrainscience.com/underground-plant-ecosystem-12924

3 https://www.coopzeitung.ch/themen/freizeit/garten/2019/wie-pflanzen-staendig-chatten-203591

beieinander wachsen, obwohl die Art für ihre starke Reaktion auf Konkurrenz bekannt ist. „In Orten mit nur geringem Lichteinfall, wie beispielsweise dem Unterholz von Bäumen, verändert die Pflanze bei Anwesenheit von konkurrierenden Pflanzen ihr Wachstumsverhalten. Sie schickt vermehrt Nährstoffe in die Blätter, um diese so groß wie möglich werden zu lassen, und dafür weniger in Spross und Wurzeln. Dadurch maximiert sie ihre Blattfläche und kann dadurch nicht nur mehr Licht aufnehmen, sondern auch Konkurrenten buchstäblich in den Schatten stellen. ... Wuchsen sie zwischen Angehörigen, erfolgte keine Nährstoffumverteilung, die Blätter blieben klein, stattdessen vermehrten sich Verzweigungen und Länge des Sprosses. Unter Nichtverwandten aber reagierten die Pflanzen wie gehabt: Größere Blätter, maximale Beschattung der Nebenpflanzen.“[1]

Bei Experimenten mit einem nordamerikanischen Springkraut zeigte sich, dass nah verwandte Pflanzen in einem gemeinsamen Topf vergleichsweise längere und verzweigtere Stängel angelegt haben, die zu weniger gegen seitiger Beeinträchtigung führen („cooperation“).[2]

„Mit den Forschungsergebnissen der Pflanzen-Neurobiologie, zeigt sich, dass wir Bäume auch als Symbol für gegenseitige Fürsorge und Gemeinschaftssinn setzen können. Denn es konnte nachgewiesen werden, dass sie in Notzeiten wie beispielsweise im Winter auch artenfremde Pflanzen mit Nährstoffen unterstützen. Bäume sind fähig, nicht nur Probleme der eigenen Existenz konstruktiv zu lösen, sondern sie sorgen zugleich für Balance und Ausgewogenheit im gesamten sie umgebenden Ökosystem. Eine Eigenschaft, von der wir Menschen noch einiges lernen können.“[3]

1 https://www.scinexx.de/news/biowissen/auch-pflanzen-sind-altruistisch

2 Siehe: https://www.cos.uni-heidelberg.de/data/a.franzke/download/Skript_Allgemeine_Evolutionsbiologie_19_20_Vorlesung_09.pdf

3 Sabine Claudial Nold: Wie Bäume kommunizieren können. In: Wege zum Kind 5/20016, 8. Nach: http://lerighe.ch/wp-content/uploads/HP-Wenn-Pflanzen-kommunizieren.pdf#page=1&zoom=auto,-14,776

1.5 Das Leben der Transplantierten

Schließlich sollen unter diesem Kapitel auch die Menschen zu Wort kommen, die es direkt betrifft, die Transplantierten selbst. Doch zunächst eine Aussage von Hans Grewel von 1995, die stellvertretend für alle die Aussagen steht, die unermüdlich bis in die Gegenwart hinein, in den letzten 25 Jahren auch von Professoren – es sollte sich um gebildete Menschen handeln, die auf der Grundlage rationaler Überlegungen sich ein eigenes Bild machen können – zu hören und zu lesen ist.. Für Hans Grewel lohnt sich **TX** nicht, denn

> *... der Gewinn an Lebensqualität für wenige wird erkauft durch die Einführung eines Menschenbildes, das uns alle teuer zu stehen kommt. Wir müssen uns entscheiden zwischen dem ganzheitlichen Menschenbild, etwa der christlichen Tradition, und dem Maschinenmodell Mensch, zwischen Bio-Techno-Ethik und Religion. Organtransplantationen werden um der Menschlichkeit willen durchgeführt. Das System, in das sie eingebunden sind, bedeutet jedoch nach unserem Verständnis einen Angriff auf die Menschlichkeit des Menschen. Das ist ein zu hoher Preis.*[1]

Dieser Aussage stehen zwei Bücher des Autos entgegen, die seit 2019 als Freebooks aus dem Internet als kostenlose PDF-Dateien geladen werden können. Zunächst ist dieses Buch zu nennen: „25 x 25 geschenkte Jahre - 25 Transplantierte berichten über die mindestens 25 Jahre ihres 2. Lebens“[2] In diesem Buch berichten 26 Transplantierte (Herz, Leber bzw. Niere) von ihren 25 bis 32 transplantierten Jahren. Nur eine Frau brauchte für diese Zeitspanne eine zweite Niere. Alle anderen hatten noch immer ihr 1. transplantiertes Organ. - Anzumerken ist hierzu, dass das Buch 2015 gedruckt erschien, ganz bewusst zum 25-jährigen Jubiläum der gemeinsamen Schrift der **EKD** und **DBK** „Organtransplantationen“ im Jahr 1990. Somit wurden alle diese Transplantierten 1990 und davor transplantiert. Anzumerken wäre noch, dass der Autor im

1 Hans Grewel: Lohnen sich Organtransplantationen? Zur Frage der Lebensqualität. In: Gehirntod und Organtransplantation als Anfrage an unser Menschenbild. Beiheft BThZ (12) 1995, 74.

2 https://epub.uni-regensburg.de/40407
An dieser Stelle ist den Selbsthilfegruppen zu danken, die den Autor bei der Suche um Langzeittransplantierte tatkräftig unterstützt haben. Oft wurden dabei Langzeit-transplantierte von der Leitung des Vereins gezielt auf das Buchprojekt angesprochen und zur Teilnahme ermutigt. Ohne diese Unterstützung wäre es nicht möglich gewesen, binnen 6 Monaten nach der Idee das Buch fertig zu haben.

November 2014 den Entschluss fasste, dieses Buch mit 25 Transplantierten mit mindestens 25 transplantierten Jahren zu schreiben. Innerhalb von 6 Monaten hatte er die gewünschten 25 Berichte zusammen. Dass es schließlich 26 Berichte wurden, war ein Geschenk.

Das andere Buch veröffentlichte der Autor 2014: „Leben - dank dem Spender. Ergebnisse aus Umfragen unter 203 Transplantierten.“[1] Darin wurden auch Fragen gestellt, wie sie als direkt Betroffene **TX** sehen. Diese Fragen wurden auf dem Hintergrund von Aussagen, wie sie Hans Grewel machte, gestellt. Die Antworten geben ein völlig anderes Bild ab:

Auf der Grundlage dieser Antworten von Transplantierten – um sie geht es bei der **TX** – kann klar gesagt werden:

TX ist ein großer Erfolg für die Patienten.

Vom rein medizinischen Standpunkt aus betrachtet muss man hinzufügen:

TX ist das Beste, was die Medizin diesen Kranken heute bieten kann.

1 https://epub.uni-regensburg.de/40409
An dieser Stelle ist den Selbsthilfegruppen zu danken, die den Aufruf zur Teilnahme an dieser Online-Umfrage an ihre Mitglieder weitergegeben haben.

Wie sehen Sie heute Ihre TX an?[1]

Frauen (n = 88 = 43,3%), Männer (n = 92 = 45,3%)[2]

A = stimmt B = stimmt eher C = eher falsch D = falsch

	Frauen				***Männer***			
Aussage	***A***	***B***	***C***	***D***	***A***	***B***	***C***	***D***
TX war für Sie ein wahres Geschenk.	93,2	1,1	0,0	0,0	90,2	4,3	1,1	1,1
TX verbesserte Ihre Lebensqualität.	83,0	6,8	1,1	1,1	85,9	8,7	1,1	1,1
TX bewahrte sie vor drohendem Tode.	72,7	9,1	8,0	4,5	76,1	10,9	5,4	4,3
TX würden Sie jederzeit wiederholen.	70,5	15,9	2,3	2,3	71,7	14,1	5,4	4,3
TX ist eine Zumutung, von der Sie abraten	2,3	3,4	6,8	79,5	5,4	2,2	3,3	83,7
TX hat Ihr Leben klar positiv beeinflusst	80,7	8,0	3,4	1,1	77,2	17,4	0,0	1,0

Tab. 1 – Wie Transplantierte ihre **TX** ansehen

Es soll bei diesem Ergebnis nicht verschwiegen werden, dass es auch die „Verlierer der **TX**“ gibt, denen es nach der **TX** schlechter geht als zuvor, doch deren Anteil ist kleiner 5%. Die überwiegende Anzahl – zwischen 70 und 90%, je nach Fragestellung – steht der erlebten **TX** eindeutig positiv gegenüber. Dabei ist der Anteil „stimmt eher“ unberücksichtigt.

1 Klaus Schäfer: Leben – dank dem Spender. Karlsruhe 2014, 121.

2 Rund 10% der Befragten machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht.

2 Die Fakten

2.1 Geschichtliche Entwicklung zum Hirntod

Selbst in medizinischer Fachliteratur ist zu lesen, dass 1968 von der Ad-Hoc-Kommission an der Harvard University der Hirntod als neues Todeskriterium eingeführt wurde. Doch der Hirntod hat eine lange Vorgeschichte (siehe: **Chronik/Hirntod**). Hieraus die wichtigsten Stationen:

- um 500 v.C. erkannte **Alkmaion von Kroton** aufgrund anatomischer Untersuchungen des Auges, dass das Gehirn das Organ der Sinneswahrnehmung sein muss.
- um 400 v.C. erklärte **Hippokrates von Kos** das Gehirn für Empfindungen und Intelligenz verantwortlich.
- um 180 war für **Galenos** (Galen) das Gehirn das zentrale Organ. Herz, Lunge und Gehirn waren für ihn die Eintrittspforten des Todes (atria mortis).
- um 1200 erwog **Moses Maimonides**, dass der Verlust von Hirnfunktionen mit dem Tod gleichzusetzen sei. Die krampfhaften Zuckungen von Enthaupteten brachten Maimonides auf den Gedanken, dass sie nicht als Lebenszeichen zu werten seien, da die zentrale Kontrolle des Gehirns fehle.
- 1800 veröffentlichte **Xavier Bichat** das Ergebnis seiner anatomischen, histologischen und physiologischen Untersuchungen. In Konsequenz dieser Ergebnisse schrieb er vom „Herztod“, „Lungentod“ und „Hirntod“.
- 1833 wies die „Encyklopädie der medizinischen Wissenschaften“ das Gehirn als das Centrum des individuellen Lebens“ aus.
- 1908 führte **Hugo Ribbert** aus: "Der physiologische Tod ist ein Gehirntod."
- 1940-er Jahren schrieb der russische Reanimationsforscher **Vladimir A. Negovsky**: "Für eine lange Zeit waren wir der Ansicht, dass die jüngste Kontraktion des Herzens der letzte 'Akkord des Lebens' sei. Wir sprechen jetzt nicht so, denn nach Beendigung der Herztätigkeit ist noch für einige Minuten die Wiederherstellung des zentralen Nervensystems möglich. In der Tat sind der letzte 'Akkord des Lebens' die noch verbleibenden Zeichen der Vitalität des Gehirns."
- 1952 rettete **Björn Ibsen** mit der Überdruck-Beatmung zahlreichen Polio-Patienten das Leben und legte damit den Grundstein für die Intensivmedizin.

Durch die maschinelle künstliche Beatmung konnten Menschen mit sehr großen Atembeschwerden oder ausgefallener Eigenatmung zeitlich unbegrenzt künstlich beatmet werden. Dies führte zu einem völlig neuen Zustand, den Hirntod.

- 1956 legten die Hirnforscher **S. Lofstedt** und **G. Reis** in einem Artikel klar, dass die vollständige Zerstörung des Gehirns dem Tod eines Menschen gleichzusetzen sei.
- Januar 1959 veröffentlichten **Pierre Wertheimer** und seine Arbeitsgruppe (Lyon) unter der Überschrift "sur la mort du système nerveux" (Der Tod des Nervensystems) den Bericht von 4 Fällen von Hirntod.
- 1959 beschrieben C. Gros, B. Vlahovitch, A. Roilgen den Hirntod als einen Zustand nach Ende der Hirndurchblutung.
- November 1959 beschrieben **Pierre Mollaret** und **Maurice Goulon** (Paris) unter dem Begriff "Coma depassé" (überschrittenes Koma) an 23 Patienten einen festgestellten Zustand, welcher bei künstlicher Beatmung keinerlei Lebenszeichen des Gehirns erkennen ließ, der nicht umkehrbar war und binnen 8 Tagen zum Herz-Lungen-Tod führte.
- 1960 publizierten **Pierre Wertheimer** und seine Arbeitsgruppe in einem Artikel, dass sie an einem 13-Jährigen die künstliche Beatmung beendet haben. Als Kriterien für ihr Handeln nannten sie: Nachweis der völligen Areflexie, keine Eigenatmung, das EEG weist eine Nulllinie auf und eine angiographische Darstellung der Hirndurchblutung.
- 1963 publizierten **Frowein** und **Tönnis** (Deutschland) die Beendigung der Therapie an einem Hirntoten. Beide sprachen sich für ein Hirntodkonzept aus.
- 1963 wurde weltweit die erste Organtransplantation mit einem Hirntoten als Spender durchgeführt, in Löwen (Belgien).
- 1964 wurde auf dem Deutsche Chirurgenkongress eine einfache Hirntoddiagnotik beschlossen.
- 1965 schlug **Frykholm** (Schweden) das Therapieende bei festgestelltem Hirntod vor.
- 1966 führte die Kommission der französichen "Académie Nationale de Médicine" den Hirntod als neues Todeskriterium ein.

- April 1968 legte die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie den Hirntod als Todeszeichen fest.
- August 1968 legte die **Ad-Hoc-Kommission** der Harvard University das sogenannte Hirntod-Konzept vor. Darin heißt es:

Es sei betont, dass wir empfehlen, dass der Patient für tot erklärt wird, bevor jeder weitere Schritt unternommen wird, um das Beatmungsgerät, an das er angeschlossen ist abzuschalten ... sonst würden die Ärzte die künstliche Beatmung einer Person abstellen, die nach strikter Anwendung des gegenwärtig geltenden Rechts im juristisch-medizinischen Sinne noch am Leben ist. ...
Unser primäres Anliegen ist es, das irreversible Koma als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition:
1. Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweisen Erfolg: Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. Eine schwere Last ruht auf den Patienten, die den permanenten Verlust ihres Intellekts erleiden, auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen Patienten, die auf von diesen komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind.
2. Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.

Damit beschrieb die Ad-Hoc-Kommission das, was nachweislich seit Jahren in verschiedenen Nationen bereits gängige Praxis war, das **Therapieende** nach festgestelltem Hirntod.

An dieser Stelle sagte die Transplantationsmedizin, dass sie gern die Organe hätten, bevor die künstliche Beatmung abgeschaltet wird, das Herz stehen bleibt und dann die Organe für eine Organtransplantation unbrauchbar werden. So entstand die Organentnahme sozusagen als Option des Therapieendes nach festgestellten Hirntod.

2.2 Vom Koma zum Hirntod

Alle Hirntote haben auf der Intensivstation als Komapatienten begonnen. Daher wurde diese Überschrift wie auch der Buchtitel „**Vom Koma zum Hirntod**“ ganz bewusst so gewählt.

Alle Hirntote kamen zunächst mit schweren Hirnverletzungen auf die Intensivstation, die meisten von ihnen bereits als Komapatienten. Die 4 häufigsten zum Hirntod führenden Ursachen sind in der nebenstehenden Tabelle genannt. Nach den Jahresberichten der **DSO** ist deren Summe über 98% der Ursachen.

Hirnblutung	> 50 %	p
Hirninfarkt	10-20 %	p
Schädelhirntrauma	10-20 %	p
Kreislaufstillstand *	10-20 %	s

Tab. 2 – Ursachen, die zum Hirntod führen
p = primäre Hirnschädigung
s = sekundäre Hirnschädigung
* = Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff, u.a. Ertrinken

Bei primärer Hirnschädigung ist das Gehirn direkt betroffen. Hierbei kann die Ursache nicht, nicht schnell genug, nicht ausreichend behoben werden. Bei sekundärer Hirnschädigung liegt die Ursache außerhalb des Gehirns und kann behoben werden, z.B. durch Reanimation. Daher beträgt bei der **HTD** die Beobachtungszeit zwischen der 1. und 2. **klinischen Diagnose** bei primärer Hirnschädigung mind. 12 Stunden[1], bei sekundärer Hirnschädigung mind. 72 Stunden.

Die Ärzte versuchen bei Einlieferung auf der Intensivstation mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln das Leben der Patienten zu retten und ihre Gesundheit wieder herzustellen. Zu diesem Zeitpunkt interessiert kein Organspendeausweis. Daher ist die Sorge, dass man mit schriftlicher Zustimmung zur Organspende in dieser Phase nicht alle medizinischen Leistungen erhält, völlig unbegründet. Sie zeugt nicht nur von Misstrauen und Unkenntnis über die Abläufe auf den Intensivstationen.

Bei schwerster Hirnschädigung ist der Versuch, das Leben zu retten und die Gesundheit wieder herzustellen, leider erfolglos. Es tritt der **Hirntod** ein. Noch ist er nicht festgestellt. Bei primärer Hirnschädigung liegen zwischen Eintritt des

1 Bei Kindern unter 2 Jahren beträgt sie hierbei 24 Stunden.

zum Hirntod führenden Ereignisses und Feststellung des Hirntodes meist 3-8 Tage, bei sekundärer Hirnschädigung meist 8-14 Tage.

Bereits im Vorfeld des Hirntodes atmet der Patient schwer, hat Atemaussetzer. Daher wird der Komapatient künstlich beatmet. Mit Eintritt des Hirntodes erlöschen die Funktionen des Hirnstammes und damit auch die des dort liegenden **Atemzentrums**. Die **Spontanatmung** kommt völlig zum Erliegen. Dieser irreversible Ausfall der Spontanatmung wird bei jeder **HTD** überprüft. Während des ganzen Prozesse vom Komapatient zum Hirntoten ist der Aufenthalt auf der Intensivstation aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich.

Wenn feste Hinweise für den eingetretenen Hirntod vorhanden sind - z.B. weite, lichtstarre Pupillen, kein **Lidschluss-Reflex**, beim Absaugen des Schleims kein **Würge-Reflex** – wollen die Ärzte wissen, ob noch **Koma** oder bereits **Hirntod** vorliegt. Nur die Durchführung der **HTD** kann diese Antwort geben

Bis hierher gibt es keine Frage nach Organspende. Zunächst stand die Rettung des Lebens und die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten im Blickpunkt aller Bemühungen, jetzt die Klärung der Frage, ob noch **Koma** oder bereits **Hirntod** vorliegt. Nach festgestelltem Hirntod wird die Therapie beendet, es sei denn, es liegt eine Zustimmung zur Organentnahme vor.

2.3 Durchführung der Hirntoddiagnostik

Die aktuelle „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des **Großhirns**, des **Kleinhirns** und des **Hirnstamms** nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG“ wurde in der 4. Fortschreibung von der Bundesärztekammer (**BÄK**) erarbeitet und vom Bundesministerium für Gesundheit (**BMG**) am 30.03.2015 genehmigt.[1] Die vorausgegangenen „Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes“ wurden 1982, 1986, 1991 und 1997 von der BÄK veröffentlicht. Nach der Verabschiedung des TPG im Jahr 1997 war eine sprachliche Anpassung der 3. Fortschreibung notwendig, die zur „Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes“ wurde.

Seit 1982 baut die Feststellung des Hirntodes auf drei Säulen auf:

1. Voraussetzungen
2. Klinische Symptome
3. Nachweis der Irreversibilität

Voraussetzungen

Ab dem 3. Lebensjahr des Patienten müssen diese Voraussetzungen erfüllt sein:

- Akute schwere Hirnschädigung
- keinen anderen Ursachen der Ausfallssymptome: Intoxikation (Vergiftung), dämpfende Medikamente, Relaxation, Hypothermie (Unterkühlung), metabolisches oder endokrines Koma, Kreislaufschock. Dies wird auf jedem Bogen der HTD eigens abgefragt.

Klinische Symptome

Die Überprüfung der Klinischen Symptome umfassen:

- es muss tiefes **Koma** vorliegen
- alle Hirnstammreflexe müssen **erloschen** sein
    - beide Pupillen sind weit bzw. mittelweit

1 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf

- der Pupillen-Reflex (Lichtreflex)
- der Okulozephaler Reflex (= keine Augenbewegung bei schnellen Kopfbewegung)
- der Korneal-Reflex (Lidschluss-Reflex)
- dieTrigeminus-Schmerzreakion
- der Pharyngeal-/Tracheal-Reflex (Würgereflex)

- der Atemreflex muss erloschen sein (Apnoe-Test)

Die klinischen Symptome sind in der beschriebenen Reihenfolge zu überprüfen. Damit ist sichergestellt, dass mit schwachen Reizen begonnen wird und schrittweise zu immer kräftigeren Reizen gewechselt wird.

Wird bei einem dieser Untersuchungen ein Lebenzeichen festgestellt, wird an dieser Stelle die **HTD** abgebrochen, denn damit ist bewiesen, dass (noch) kein Hirntod vorliegt. Der Vorwurf, die **HTD** entspräche einer Folter, verkennt die **HTD**.

Nachweis der Irreversibilität

- Wiederholung der Überprüfung der Klinischen Symptome
  bei primärer Hirnschädigung nach mind. 12 Std., bei sekundärer nach mind. 72 Std.
- und[1]/oder die Durchführung einer ergänzenden Untersuchung
  Hierzu sind zugelassen: **EEG**, **SEP**, **FAEP**, **Doppler-/Duplexsonographie**, **Perfusionsszintigraphie**, **CT-Angiographie**.

Die **HTD** müssen zwei voneinander unabhängige und entsprechend erfahrene Ärzte durchführen, wobei einer von ihnen ein Neurologe oder Neurochirurg sein muss. Beide dürfen nach § 5 Abs. 2 „weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des Spenders beteiligt sein.“ Damit wird grundsätzlich einem Interessenkonflikt vorgebeugt.

Bis zur Feststellung des Hirntodes gelten alle noch als Patienten und werden noch so behandelt. Wenn jedoch in der Phase der **HTD** – eine Genesung ist zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen – den Ärzten bekannt wird, dass im Falle

1 Für besondere Situationen ist eine ergänzende Untersuchung zwingend vorgeschrieben.

eines Hirntodes eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt, kann mit der sogenannten „organprojektiven Therapie“ begonnen werden: Bisher war das Ziel der Behandlung, die Hirnschwellung möglichst klein zu halten, um ein Überleben zu ermöglichen, auch wenn dies zum Schaden von Organen erfolgt. Nun ist das Ziel der Behandlung, die Organe nicht weiter zu schädigen, auch wenn dadurch u.U. die Hirnschwellung zunimmt.

Zeigt die **HTD**, dass Hirntod vorliegt, unterzeichnen die beiden Ärzte mit Datum und Uhrzeit vom Abschluss der **HTD** die ausgefüllten Hirntodprotokolle. Damit ist mit dieser Uhrzeit der Tod des Menschen festgestellt. Er ist damit medizinisch und juristisch ein Toter.

Diese Uhrzeit wird als **Todeszeitpunkt** auf den **Totenschein** übertragen. Die meisten Bundesländer besitzen im Feld „**sicheren Todeszeichen**“[1] für den Hirntod ein eigenes Kästchen zum Ankreuzen.

2 wichtige Hinweise zur HTD und den Schlussfogerungen daraus

1. Reizung des Trigeminus
   Bei jeder **HTD** wird der **Trigeminus** (Drillingsnerv) gereizt. Damit wird am Kopf ein größtmöglicher Schmerzreiz ausgelöst. Hierbei erfolgt bei Hirntoten kein Zucken, keine Regung, da dieses Schmerzempfinden **erloschen** ist.
   Die zuweilen beobachtbaren Reaktionen (Puls wird schneller, Blutdruck steigt) bei der Organentnahme sind vom Rückenmark ausgehende **Schmerzreaktionen**, die nichts mit einer vermeintlichen **Schmerzwahrnehmung** zu tun haben.

2. Zerebraler Zirkulationsstillstand
   Mit **Doppler-/Duplexsonographie**, **Perfusionsszintigraphie** und **CT-Angiographie** kann die Nichtdurchblutung des Gehirns zweifelsfrei nachgewiesen werden. Dieser Durchblutungsstop ist die Folge des Hirnödems, das den Hirndruck bis zum systolischen Wert (oberer Wert des Blutdrucks) und höher ansteigen lässt. Damit kann das Gehirn nicht mehr durchblutet werden.
   Wenn Gehirnzellen 10 Minuten nicht durchblutet werden, nehmen diese irreversiblen Schaden und sterben ab. Dabei bilden sie die Grundlage für das Hirnödem. Dies führt zum allgemeinen Untergang des Gehirns, d.h. letztlich des Hirntodes.

---

1 Totenflecken; Totenstarre; Fäulnis; Verletzungen, die mit dem Leben unvereinbar sind; erfolgloser Reanimationsversuch und Hirntod

2.4 Nach festgestelltem Hirntod

Nach Feststellung des Hirnntodes wird vom Arzt der **Totenschein** ausgefüllt und unterschrieben. Wie bei jeder anderen Todesfeststellung zieht auch die Feststellung des Hirntodes eine Reihe von Folgen nach sich, u.a. diese:

- alle Verträge, auch Ehen erlöschen
- die Krankenkasse beendet die Zahlung der Behandlungskosten
- eine zuvor abgeschlossene Lebensversicherung wird fällig
- das Erbrecht tritt in Kraft
- Ehepartner werden zu Witwen/Witwern, Kinder zu Halb- bzw. Vollwaisen

Ist der Hirntod festgestellt, gibt es 3 Möglichkeiten des Fortgangs:

a) Die künstliche Beatmung wird ausgeschaltet und die Therapie beendet.
Dies ist der häufigste Weg. Die Gründe hierfür sind: keine für eine **TX** brauchbaren Organe und/oder keine Zustimmung zur Organspende. (jährlich ca. 3.000 mal)

b) Die intensivmedizinische Behandlung wird bis zur Organentnahme fortgesetzt.
Dies ist nur möglich, wenn für die **TX** brauchbare Organe und eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegen. Die Behandlungskosten für diese Stunden zahlen die Krankenkassen der Organempfänger. Aus einem Organspender werden durchschnittlich 3,x Organe entnommen. (jährlich ca. 1.000 mal)

c) Weiterbehandlung bis zur Geburt des Kindes
Liegt bei Feststellung des Hirntodes einer Frau eine Schwangerschaft vor, so stellt zwar die **HTD** den Tod der Frau fest, aber das Kind lebt und kann weiterleben, wenn die intensivmedizinische Behandlung fortgesetzt wird.
In einer solchen Situation gilt es abzuwägen, ob das Kind eine reelle Chance hat, mit entsprechender Reifung die Geburt zu erleben und zu überleben. Zwar wurden 2017 in Brasilien in der 26. SSW Zwillinge lebend entbunden, an deren Mutter in der 9. SSW der Hirntod festgestellt wurde, aber es gibt noch andere Faktoren, die den Erfolg dieses Versuches erschweren oder gar unmöglich machen. Hierzu zählen neben anderen Krankheiten der Schwangeren die Schwere der Verletzungen. Es muss hier den Ärzten in jeder konkreten Situation überlassen bleiben, ob bei einer Weiterbehandlung das ungeborene Kind eine reelle Überlebenschance besitzt.

Sehen die Ärzte dies gegeben, so wiegt das Lebensrecht des Kindes höher als die Sorge um die tote Mutter. Um dieses Lebensrecht des ungeborenen Kindes zu wahren, wird dazu vom Amtsgericht ein Betreuer eingesetzt. Diese Betreuung erlischt mit der Geburt des Kindes, auch bei einer vorzeitigen Geburt.
Die Kosten für die Weiterbehandlung bis zur Geburt des Kindes bezahlt die Krankenkasse der schwangeren Hirntoten, da ihr ungeborenes Kind automatisch mitversichert ist.

Nach Feststellung des Hirntodes gibt es keine 4. Möglichkeit, außer man bezahlt selbst – ohne Rückerstattung von der Krankenkasse! - die Behandlungskosten, die schnell mehrere zig-Tausend Euro kosten können.

2.5 Pathophysiologischer Zustand des Hirntodes

Wie bereits 1959 C. Gros, B. Vlahovitch und A. Roilgen beschrieben, ist der Hirntod immer ein Zustand der Nichtdurchblutung des Gehirns. Dieser sogenannte zerebrale Zirkulationsstillstand kann bei der HTD nachgewiesen werden mittels:

- **Perfusionsszintigraphie**
- **Doppler-/Duplexsonographie**
- **CT-Angiographie**
- **selektive zerebrale Angiographie**

In Anbetracht dessen, dass unser Gehirn ein wahrer Energiefresser ist, kann man die Folgen eines zerebralen Zirkulationsstillstand erahnen: Unser Gehirn braucht 20% der Glucose (Nährstoffe) und 25% des Sauerstoffs unseres Körpers in Ruhe, auch nachts im Schlaf.

Kommt es zu einem plötzlichen Durchblutungsstop des Gehirns, so sind wir noch für ca. 10 sec bei Bewusstsein. Nach ca. 30 sec ist kein **EEG** ableitbar. Dies ist noch kein Hirntod! Hierauf sei an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen, weil zuweilen zu lesen ist, dass mit einem Nulllinien-EEG (hirnelektrische Stille) der Hirntod festgestellt sei.

Nach 10 Minuten ist das Gehirn so schwer geschädigt, dass bei jetzt eingeleiten Reanimationsmaßnahmen selbst unter besten Voraussetzungen neuronale Schäden dauerhaft zurückbleiben, so wie z.B. nach einem schweren **Hirninfarkt**. Jede weitere Minute ohne Durchblutung des Gehirns birgt die Gefahr des Hirntodes.

Bedenkt man, dass ein Herz bei Erwachsenen nach bis zu 30 Minuten Stillstand erfolgreich reanimiert werden kann, bleibt ein Zeitfenster von ca. 15 Minuten, in denen man zwar einen Körper mit schlagendem Herzen, aber mit abgestorbenen Gehirn hat, einen Hirntoten. Dies ist nicht nur graue Theorie, sondern leider auch schmerzliche Praxis. Daher ist es so wichtig, dass bei Herzstillstand sofort mit den Reanimationsmaßnahmmen begonnen wird, mögen diese auch noch so stülperhaft sein.

Wenn bei der **HTD** der Zirkulationsstillstand nachgewiesen wird, besteht dieser nicht erst seit Minuten, sondern schon seit Stunden. Wenn jedoch unsere hungrigen Gehirnzellen schon seit Stunden keinen Sauerstoff und keine Glukose bekommen, bedeutet dies für sie den unumkehrbaren (irreversiblen) Untergang, sprich den Hungertod der Gehirnzellen.

Da unser Gehirn wie ein Netzwerk arbeitet, nützt es nichts, wenn es noch vereinzelt Gehirnzellen mit Stoffwechsel geben sollte. Sie können unsere kognitiven Fähigkeiten (Wahrnehmung, Bewusstsein, Motorik, ...) nicht aufrechterhalten. Es ist der „nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des **Großhirns**, des **Kleinhirns** und des **Hirnstamms** nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“, (§ 3 **TPG**) eingetreten, der Hirntod.

Im Gegensatz zum Koma, bei dem noch einzelne Bereiche des Gehirns funktionieren, sind beim Hirntod Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm für immer funktionslos. Zwar gleichen sich Komapatienten und Hirntote auf der **Phänomen-Ebene** – d.h. sie werden künstlich beatmet, ihr Herz schlägt, sie verdauen, sie scheiden aus, ihre Wunden heilen, ihr Immunsystem funktioniert, sie können Fieber entwickeln und sie können sogar begonnene Schwangerschaften fortsetzen -, aber neurologisch unterscheiden sie sich wesentlich.

Nur die **HTD** bringt es ans Licht, ob noch Koma oder bereits Hirntod vorliegt. Das macht es medizinischen Laien auch so schwer, hirntote Angehörige als Tote anzuerkennen. Das macht es aber auch den **Kritikern** des Hirntodkonzeptes so leicht, die Menschen mit dem Verweis auf die **Lebenszeichen der Hirntoten** zu

verwirren.

Es gibt einen Punkt, der die Tragweite des Zustands Hirntod für das Menschsein bedeutet: Unser ganzes Wissen und Können sowie alle unsere Erinnerungen werden in den Gehirnzellen gespeichert. Mit dem Hirntod sind nicht nur unsere Gehirnzellen funktionslos, es ist auch die **Datenbank unseres Lebens** zerstört. Selbst wenn wir noch denken könnten, wir hätten keine Erinnerung und kein Wissen, an nichts.

Was Hirntote zur „Genesung“ bräuchten, wäre ein neues Gehirn. Wenn die Medizin dazu in der Lage wäre, ihm dieses zu geben, so wäre er damit in dem geistigen Zustand eines Neugeborenen. An das vorige Leben, an den Menschen, der er einst war, erinnert ihn nur noch sein Körper, wenn er soweit ist, dass er diesen bewusst wahrnehmen kann. An sein früheres Leben kann er sich mitnichten erinnern.

Auch aus diesem Grunde sagt man zurecht,
dass mit der Feststellung des Hirntodes
der Tod des Menschen festgestellt ist.

2.6 Hirntod und Organspende im Recht

In Deutschland wurde 1997 der Hirntod mit dem Inkrafttreten des **TPG** juristisch definiert. Diese Definition wurde übernommen von der jahrelangen Definition der **BÄK** und stimmt als Definition des **Gesamthirntodes** inhaltlich mit denen der Schweiz und Österreich überein. § 3 **TPG** heißt hierzu:

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist, soweit in § 4 oder § 4a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. *der Organ- oder Gewebespender in die Entnahme eingewilligt hatte,*
2. *der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist und*
3. *der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.*

Abweichend von Satz 1 Nr. 3 darf die Entnahme von Geweben auch durch andere dafür qualifizierte Personen unter der Verantwortung und nach fachlicher Weisung eines Arztes vorgenommen werden.

(2) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn

1. *die Person, deren Tod festgestellt ist, der Organ- oder Gewebeentnahme widersprochen hatte,*
2. *nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.*

Entgegen anders lautenden Aussagen wird mit § 3 **TPG** deutlich ausgesagt, dass der **Hirntod** dem Tod des Menschen entspricht: Vor der Organentnahme muss „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt “ sein. Dieser wurde von Gesetzgeber definiert als „der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“.

Damit machte der Gesetzgeber der Medizin klare Vorgaben, innerhalb derer sie den Hirntod festzustellen habe, er wird **Gesamthirntod** genannt, in

Abgrenzung zum **Hirnstammtod**, dem irreversiblen Ausfall des **Hirnstamms**. Der Gesamthirntod gilt in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den meisten Staaten der USA. Der Hirnstammtod gilt in einigen Staaten der USA, Großbritannien, Polen, Indien und Australien.

Die Medizin hat den Hirntod nach „dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ festzustellen. Wie sie dies konkret macht, überlässt der Gesetzgeber der Medizin. So hat die **BÄK** 1982 eine „Entscheidungshilfe zur Feststellung des Hirntodes“ verfasst, der 1986, 1991 und 1997 Fortschreibungen als Update folgten. 2015 trat die 4. Fortschreibung in Kraft, diesmal erstmals mit Genehmigung des Bundesministerium für Gesundheit (**BMG**). Daran ist zu erkennen, dass die **BÄK** um ständige Aktualität der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes bemüht ist.

2.7 Hirntod und Organspende in der Theologie

1990 brachten der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (**EKD**) und die Deutsche Bischofskonferenz (**DBK**) gemeinsam die Schrift „Organtransplantationen“ heraus. Darin heißt es (die Zahl in der Klammer gibt die jeweilige Seitenzahl an):

> *Der Hirntod wird auch festgestellt zur Beendigung einer zwecklos gewordenen Intensivbehandlung und ohne eine später mögliche Organspende. (10)*
>
> *Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden. Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden. ... Hirntod bedeutet also etwas entscheidend anderes als nur eine bleibende Bewußtlosigkeit, die allein noch nicht den Tod des Menschen ausmacht. (10f)*
>
> *Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten. (17)*

In Kanon 2296 des Katechismus der Katholischen Kirche heißt es:

> *Organverpflanzung ist sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht im vollen Wissen ihre Zustimmung gegeben haben. Sie entspricht hingegen dem sittlichen Gesetz und kann sogar verdienstvoll sein, wenn die physischen und psychischen Gefahren und Risiken, die der Spender eingeht, dem Nutzen, der beim Empfänger zu erwarten ist, entsprechen. ...*

2015 bracht die **DBK** die Arbeitshilfe "Hirntod und Organspende" heraus. Darin heißt es:

> *Nach jetzigem Stand der Wissenschaft stellt das Hirntod-Kriterium im Sinne des Ganzhirntodes – sofern es in der Praxis ordnungsgemäß angewandt wird – das beste und sicherste Kriterium für die Feststellung*

des Todes eines Menschen dar, so dass potentielle Organspender zu Recht davon ausgehen können, dass sie zum Zeitpunkt der Organentnahme wirklich tot und nicht nur sterbend sind. (6)

Papst Benedikt XVI. sage am 07.11.2008 am Schluss seiner Ansprache:

Eine Organtransplantationsmedizin, die einer Ethik des Spendens entspricht, erfordert von seiten aller das Bemühen, jede mögliche Anstrengung in der Ausbildung und Information zu unternehmen, um so die Gewissen immer mehr für eine Problematik zu sensibilisieren, die direkt das Leben zahlreicher Personen betrifft. Es wird daher notwendig sein, Vorurteile und Mißverständnisse zu beseitigen, Mißtrauen und Ängste zu zerstreuen, um sie durch Gewißheiten und Garantien zu ersetzen, um so in allen ein immer weiter verbreitetes Bewußtsein des großen Geschenks des Lebens zu ermöglichen.

Weiter Aussagen sind auf der Internetseite **Religionen** sowie **PAW** nachzulesen, ebenso in dem parallel erscheinenden Buch

„Hirntod – Organspende und die Kirche sagt dazu“.

2.8 Die Entscheidungen

Seit dem Jahr 2012 wird von einem Vertrauensverlust gesprochen, den der Organ-Vergabeskandal im Jahr 2012 nach sich gezogen habe. Bis 2020 wurde von unterschiedlichen Medien, Personen und Gruppen von einem verlorenen Vertrauen gesprochen, das man zurückgewinnen müsse. Man erklärt damit den Rückgang der Organspender. Hängt dieser jedoch mit einem Vertrauensverlust zusammen? Wenn ja, dann müsste er sich irgendwo zeigen.

Potenziell = nach festgestelltem Hirntod mit für **TX** brauchbaren Organen

Ja: (Abs) = Hirntote, für die eine Zustimmung zur Organentnahme vorlag

Nein: (Abs) = Hirntote, für die keine Zustimmung zur Organentnahme vorlag

Hinterblieb. = Hinterbliebene entschieden, weil sie den Willen des Hirntoten nicht kannten

Nein-Anteil = der Anteil in %, der der Organentnahme widersprochen hat

Ja-Anteil = der Anteil in %, der der Organentnahme zugestimmt hat

Ja OSA % = von den Organspendern hatten n% schriftlich der Organentnahme zugestimmt

Nein OSA % = von den Nicht-Organspendern hatten n% schriftlich der Orgenentnahme widersprochen.

OSA % = von den potentiellen Organspendern (Summe aus Organspendern und Nicht-Organspendern hatten n% ihre Entscheidung zur Frage der Organspende selbst schriftlich festgehalten, d.h. einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Entscheid.	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*
Potenziell	1.888	1.876	1.799	1.584	1.370	1.339	1.317	1.248	1.178	1.416	1.371
Ja: (Abs)	1.217	1.296	1.200	1.046	876	921	926	857	863	955	1.040
schriftlich	8,8	7,3	8,9	10,3	14,3	16,1	15,2	16,4	19,7	17,6	18,8
mündlich	21,9	21,8	25,8	23,2	25,8	24,8	27,9	26,7	26,7	25,4	24,8
vermutet	51,8	53,5	47,7	50,6	43,6	42,0	44,2	44,5	41,0	45.5	44,2
Hinterblieb.	17,4	17,4	17,7	15,9	16,3	17,2	12,7	12,3	12,6	11,6	12,2
Nein: (Abs)	565	482	486	434	402	381	358	297	282	340	293
schriftlich	1,4	1,7	1,1	1,8	2,0	2,9	3,1	4,4	4,6	4,1	3,1
mündlich	30,8	28,8	31,2	31,1	35,1	32,0	35,8	32,3	29,8	32,1	28,7
vermutet	29,4	28,8	27,1	27,6	24,6	26,0	29,3	28,3	24,8	31,2	26,6
Hinterblieb.	38,4	40,7	40,6	39,4	38,3	39,1	31,8	35,0	40,8	32,6	41,6
Nein-Anteil	29,9	25,7	27,0	27,4	29,3	28,5	27,2	23,8	23,9	24,0	21,4
Ja-Anteil	64,5	69,1	66,7	66,0	63,9	68,8	70,3	68,7	73,3	67,4	75,9
Ja OSA %	5,7	5,0	5,9	6,8	9,1	11,1	10,7	11,3	14,4	11,9	14,3
Nein OSA %	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6	0,8	0,8	1,0	1,1	1,0	0,7
OSA %	6,1	5,5	6,2	7,3	9,7	11,9	11,5	12,3	15,5	12,9	14,9

Tab. 2 – **Entscheidungen** nach festgestelltem Hirntod 2009-2019 (**DSO**-Jahresberichte)

Die obenstehende Tab. 2 mit den Zahlen der Entscheidungen nach festgestelltem Hirntod ist der Schlüssel zu der Frage nach dem Vertrauensverlust durch die 2012 bekanntgewordenen Skandale. Hierbei ist die markierte Zeile des Ja-Anteils bedeutsam: In den Jahren 2009 bis 2019 lag diese Prozentzahl zwischen 63,9% und 75,9%. Damit liegt dieser Wert in einem Bereich von 69,9% ±6%. Das sind etwas größere statistische Schwankungen, die aber keinen Rückgang der Spenderzahlen um rund 30% erklären.

Der Autor wollte eine Antwort auf die Frage, warum die Zahl der Organspender in Deutschland so rapide abnahm und schuf im Dezember 2014in seinem Wiki die Seite **Organmangel**, wozu ihm die Tab. 2 als wertvolle und belastbare Quelle diente.

Die Zustimmung (Ja-Anteil) brach zwar 2013 von zuvor 66,0% auf 63,9% ein, aber in den Jahren 2008 und 2009 gab es 64,2% bzw. 64,5% Zustimmung, aber 1.198 bzw. 1.217 Organspender, 2013 aber nur 876 Organspender.

Die Zahlen für die Zustimmung von 2009 bis 2019 zeigen einen tendenziellen Anstieg der Zustimmung. 2015 waren es 70,3% Zustimmung bei 926 Organspendern. 2017 waren es 73,3% Zustimmung. 2019 waren es sogar 75,9% Zustimmung – und damit über 10% mehr Zustimmung als in den Jahren 2008 und 2009 bei 1.198 bzw. 1.217 Organspendern – bei 1.040 Organspendern. Damit ist eindeutig bewiesen, dass die Skandale keinen Einfluss auf das Vertrauen in die Organtransplantation hatten. Die Ursache für den Rückgang der Organspender ist somit an anderer Stelle zu suchen.

Betrachtet man die Zahlenreihe der potentiellen Organspender, d.h. die Zahl der Hirntoten mit für **TX** brauchbaren Organe, so stellt man fest, dass diese 2009 einen Höchstwert von 1.888 potentiellen Organspendern hatte.[1] In den Jahren bis 2017 nahm diese Zahl ab bis auf 1.178.

2010 waren es 12 weniger, 2011 waren es 77 weniger, 2012 waren es 215 weniger. Die Abnahme wurde immer größer. Was war hierfür die Ursache bzw. was waren die Ursachen?

Am 01.09.2009 trat das Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (Patientenverfügungsgesetz) in Kraft. Damit erhielt die Patientenverfügung (**PV**) Rechtsgültigkeit, d.h. ab 2010 wurden entsprechend den vorliegenden **PV** die Therapie eingestellt, bevor der Hirntod diagnostiziert werden konnte. So war

1 Für die vorausgegangenen Jahre gab es diese Anzahl an potentiellen Organspendern: 2004 = 1.868; 2005 = 2.090; 2006 = 1.865; 2007 = 1.963; 2008 = 1.888.

keine Organentnahme möglich. Wie oft dies der Fall war, darüber gibt es keine statistische Zahlen.

Sicherlich dürfte die Rechtswirksamkeit der **PV** den Großteil des Rückgang der Organspender ausmachen. Als weitere Gründe können mit hinzu kommen:

- Bessere Behandlungsmethoden
  Bessere Behandlungsmethoden führen zwangsweise zu weniger Hirntoten, wenngleich dadurch nicht gesagt ist, dass sie auch wieder gesund werden.
- Qualität der Organe nimmt ab
  Dass die Qualität der Organe über die Jahre ständig abnahm, kann man an der steigenden Zahl der **beschleunigten Vermittlungsverfahren** erkennen (siehe: Kapitel 3.4 2012 – Dr. Harald Terpe MdB).

2.9 Ablauf einer Organtransplantation

In Informationsbroschüren wird die Organspende mit dem Hirntod eines Menschen beginnend bis zur Entlassung des Transplantierten nach Hause beschrieben. Das ist soweit korrekt. Die Organspende mit ihrem ganzen Ablauf ist der Hauptteil der Organtransplantation. Dies beginnt mit der schweren Erkrankung eines Patienten. Für ihn allein wird der ganze Aufwand betrieben. Die Bemühung der Ärzte, sein Leben zu retten, sind nur möglich, wenn ihnen Organe zur Verfügung gestellt werden. Daher wird hier mit der Erkrankung eines Menschen begonnen.

1. Registrierung der Patienten

   Die schwerkranken Patienten wenden sich an ein **TXZ**, um sich für die Warteliste um ein Spenderorgan registrieren zu lassen. Hierzu werden sie zunächst eingehend untersucht, um die Erfolgsaussichten einer späteren **TX** abschätzen zu können. Wenn sie die hierfür notwendigen Kriterien erfüllen, erfolgt mit einer Kennnummer die Registrierung bei **ET**.

2. Meldung an **ET**
   Bei dieser Meldung werden alle für die **TX** notwendigen medizinischen Daten (Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Blutgruppe, **HLA-Typ**, ...) an **ET** gemeldet. Seine Identität wird aus Gründen des Datenschutzes nicht übertragen. Hierzu wird eine Kennziffer übermittelt, mit der er bei **ET** geführt wird und unter der ihn nur das **TXZ** kennt.
   Ist ein schwerkranker Patient in die Warteliste aufgenommen, beginnt die Wartezeit, die meist mehrere Jahre dauert. Währenddessen wird der Patient bis zur **TX** in regelmäßigen Abständen ins **TXZ** zu Kontrolluntersuchungen einbestellt. Nimmt der Patient diesen Termin nicht innerhalb einer bestimmten Frist wahr, wird er von der Warteliste genommen. Je kränker der Patient ist, desto engmaschiger werden die Kontrolluntersuchungen angesetzt, denn damit ist das Leben stärker gefährdet. Überschreitet sein Gesundheitszustand die vorgeschriebene Obergrenze, wird der Patient von der Warteliste genommen, da der Erfolg der **TX** dann nicht mehr gewährleistet ist. Sollte sein Gesundheitszustand wieder unter dieses Obergrenze kommen, wird er wieder auf die Warteliste gesetzt. - Ähnlich ist es auch mit der Untergrenze. - Dieses Streichen und Setzen auf die Warteliste nehmen die Ärzte des **TXZ** entsprechend der Vorgaben der **BÄK** vor.

3. Feststellung des Hirntods
   In irgend einer Klinik mit Intensivstation wird an einem Patienten der Hirntod festgestellt.

4. Zustimmung zur Organspende
   Nach § 3 **TPG** darf eine Organentnahme nur dann vorgenommen werden, wenn neben dem Hirntod auch eine Zustimmung der Organspende vorliegt. Wenn diese vorliegt, wird die **DSO** über den informiert.

5. Klinik informiert **DSO**
   Ist der Hirntod festgestellt und liegt eine Zustimmung zur Organspende vor, informiert die Klinik die **DSO**. Diese entsendet einen Koordinator, der alles weitere veranlasst (koordiniert). Hierzu fährt er in die Klinik.

   - Überprüfung der notwendigen Papiere, d.h. 4 korrekt ausgefüllte Hirntodprotokolle und Zustimmung zur Organspende.
   - Untersuchung des Hirntoten veranlassen, um zu prüfen, welche Organe für eine TX in Frage kommen.
   - Meldung der guten Organe an **ET**.
   - Einbestellung des Entnahmeteams in die Klinik.
   - Sowie klar ist, welches Organ in welches **TXZ** soll, den Transport der Organe in diese **TXZ** organisieren.
   - Die Organentnahme beginnen lassen und begleiten.
   - Sollte bei der Organentnahme ein bislang unentdeckter Tumor gefunden werden, die Organentnahme absagen und **ET** darüber verständigen, dass diese **TX** nicht stattfinden können.
   - Den Transport der Organe in die entsprechenden **TXZ** beauftragen.
   - Alles ordentlich dokumentieren, sodass selbst nach Jahren noch nachvollzogen werden kann, welcher Transplantierter von welchem Spender welches Organ erhalten hat.

   Damit liegt in der Hand des DSO-Koordinators eine große Verantwortung im Ablauf der gesamten **TX**.

6. Untersuchung des Hirntoten
   Der **DSO**-Koordinator lässt den Hirntoten untersuchen.

7. DSO meldet an **ET**
   Der DSO-Koordinator melden die zu transplantierenden Organe mit allen notwendigen medizinischen Daten an **ET**.

8. **ET** bietet die Organe an
   ET informiert nach den Vorgaben der **BÄK** für die Organvergabe die **TXZ**, dass für deren Patienten ein passendes Organ vorliegt.

9. **TXZ** entscheiden
   Die **TXZ** halten Rücksprache mit dem Kranken und entscheiden schließlich.

10. Vergabe der Organe
    ET weist entsprechend den Vorgaben der **BÄK** die Organe zu.

11. Patienten in die **TXZ**
    Die Patienten werden in ihre **TXZ** gebracht und auf die **TX** vorbereitet.

12. Entnahmeteam
    Ärzte der **TXZ** reisen in die Klinik des Hirntoten zur Organentnahme.

13. Organentnahme
    Dem Hirntoten werden die freigegebenen Organe entnommen.

14. Transport der Organe
    Die **DSO** organisiert den Transport der Organe zu den TX-Zentren.

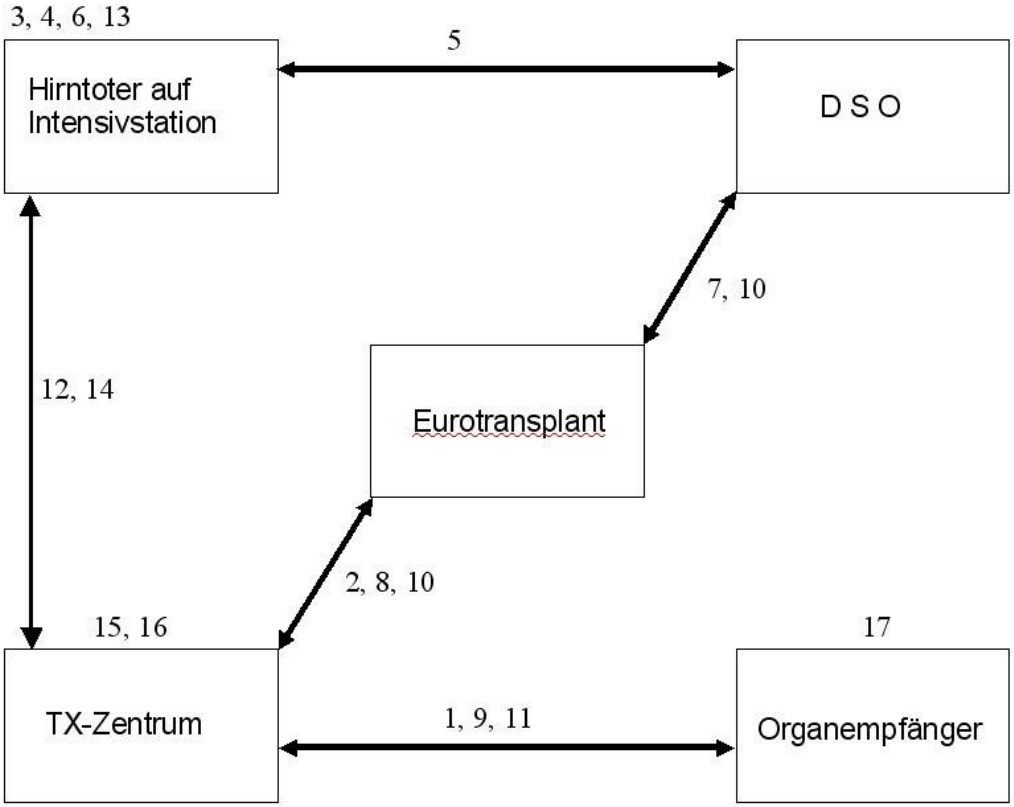
15. **TX** der Organe
    In den **TXZ** werden die Organe den Patienten transplantiert.

16. Medikamentöse Einstellung
    Die Transplantierten werden auf Medikamente eingestellt und gehen in die Reha.

17. Rückkehr der Transplantierten
    Die Transplantierten kehren zu ihren Familien und ihr Leben zurück.

18. Dankesbrief der Transplantierten
    Die Transplantierten haben die Möglichkeit, über die **DSO** einen anonymen Dankesbrief an die Hinterbliebenen des Organspenders zu schreiben.
    Hierzu schreiben die Transplantierten einen anonymen Dankesbrief an die Hinterbliebenen des Organspenders und senden diesen an die **DSO**. Diese liest den Brief und überprüft, ob er wirklich die Kriterien des Dankesbriefes erfüllt. Eventuelle persönliche Angaben, aus denen die Identität des Transplantierten ermittelt werden könnten, werden von der **DSO** unkenntlich

gemacht. Dann wird der Dankesbrief an die Hinterbliebenen des Organspenders gesendet.
Die Hinterbliebenen des Organspenders haben ihrerseits die Möglichkeit, auf diesen Dankesbrief zu antworten. Hierzu schreiben sie ihre Antwort an den Transplantierten und senden diese an die **DSO**. Diese liest den Brief und überprüft, ob er wirklich die Kriterien des anonymen Briefes erfüllt. Eventuelle persönliche Angaben, aus denen die Identität der Hinterbliebenen ermittelt werden könnten, werden von der **DSO** unkenntlich gemacht. Dann wird der Brief an den Transplantierten gesendet.
Auf diese Art und Weise - immer über die **DSO** - kann somit ein regelrechter Briefkontakt zwischen Transplantierten und Hinterbliebenen des Organspenders entstehen.



2.10 Verschiedene Spendeformen

Spricht man von Organspende, so meint man meist die Tot-Spende. Doch daneben gibt es noch andere Spendeformen, auf die hier kurz eingegangen wird.

Tot-Spende

Die Tot-Spende ist die Standardform der **TX**. Sie besagt, dass am Organspender vor der Organentnahme dessen Tod festgestellt sein muss (Dead-Donor-Rule). Weltweit gibt es hierfür zwei Verfahren:

- Hirntod
  Weltweit werden die meisten Organe nach Hirntod entnommen. Ob nun **Hirnstammtod** wie in England, Polen, Indien, Australien, ... oder der **Gesamthirntod** wie in **D/A/CH,** vor der Organentnahme muss der **Hirntod** festgestellt sein.
- DCD (NHBD)
  „Donation after cardiac death“ (DCD) (engl. Spende nach Herztod) - früher „Non-heart-beating donation“ (NHBD) (engl. Nicht-Herz schlagen Spender) genannt - wurde eingeführt, um neben Hirntoten auch einer weiteren Gruppe Organe entnehmen zu können.

  In den 80er-Jahren wurde im Maastrichter Uniklinikum ein Spenderprogramm mit Herztoten begonnen. Die dabei gemachten Erfahrungen flossen in die Vorgaben des "Maastricht-Protokolls" von 1995 ein:

K	***Definition***	***?***
I	Herzstillstand bei Ankunft in der Klinik	uk
II	Herzstillstand nach erfolgloser Reanimation	uk
III	Wenn der Herzstillstand erwartet wird und lebenserhaltende Maßnahmen unterbrochen werden	k
IV	Herzstillstand bei Hirnstammtod	uk
V	Herzstillstand bei einem stationären Patienten	uk

K = Kategorie // k = kontrollierter Herzstillstand // uk = unkontrollierter Herzstillstand

Tab. 3 - Die Kategorien des Maastricht-Protokolls

Einige Nationen führen **DCD** ein. Dabei schwankt die vorgeschriebene Zeit

des Herzstillstands je nach Nation zwischen 5 Minuten (Schweiz)[1] und 20 Minuten (z.B. Italien).[2] Dabei tun sich zwei gegenläufige Probleme auf:

- Je kürzer die Wartezeit ist, desto unsicherer ist dabei der Hirntod. Gleichzeitig sind die entnommenen Organe in einem besseren Zustand.
- Je länger die Wartezeit ist, desto sicherer ist dabei der Hirntod. Gleichzeitig nehmen durch die längere Nichtdurchblutung die Organe Schaden, was oft zu verzögerter Funktionsaufnahme führt.

Im September 1998 bezeichnete **ET** in seinem Newsletter 148 ein Herz-Kreislauf-Stillstand von 10 Minuten gleichwertig zum **Hirntod**. Damit wollte es die zu **ET** gehörenden Länder zur Einführung der **DCD**-Regelung bewegen.
Im Dezember 1998 veröffentlichten die Präsidenten einiger medizinischer Gesellschaften hierzu eine gemeinsame Stellungnahme. Gemeinsam sprachen sie sich gegen **DCD** aus und lehnten auch ein aus einem anderen Eurotransplant-Land durch **DCD** gewonnenes Organ ab.[3] Es darf kein aus **DCD** gewonnenes Organ nach Deutschland vermittelt werden.

- K. Vilmar, Präsident der **BÄK** und des Deutschen Ärztetages
- Th. Brandt, Präsident der **DGN**
- P. Hanrath, Präsident der **DGK**
- A. Haverich, Präsident der **DTG**

Ihre Gründe waren:

- **DCD** ist kein sicheres Äquivalent zum Hirntod.
- Die biologisch unmögliche Reanimation ist von einer abgebrochen oder unterlassenen Reanimation zu unterscheiden. Die Kriterien für Therapieabbruch sind nicht standardisierbar.
- In Deutschland gilt seit 1997 das TPG. Dieses lässt nur Hirntote als Organspender zu.

1 https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20194569

2 http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804256.pdf

3 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Herzstillstand.pdf

2007 sprach sich der 110. Deutsche Ärztetag gegen die **DCD** aus.[1]

2008 wehrte sich die **BÄK** gegen eine Einführung der **DCD** in Deutschland.[2]

2009 sprach sich das **BMG** gegen die Einführung von **DCD** in Deutschland aus.[3]

2014[4] und 2015[5] sprachen sich die **DGN**, die **DGNC** und **DGNI** gegen die **DCD** aus.

Auch der **DER** und ebenso die **DBK** sind gegen eine Einführung der **DCD** in Deutschland.[6]

Trotz dieser massiven Gegenwehr gegen die Einführung von **DCD** in Deutschland verstummen die Stimmen meist einzelner Personen nicht, in Deutschland **DCD** einzuführen. Dies kann nur auf Unkenntnis der hier dargestellten Sachlage zurückgeführt werden.

Lebendspende

Bei der Lebendspende bleibt der Organspender am Leben. Dies ist jedoch nur möglich bei paarigen Organen (Niere) und teilbaren Organen (Leber). Herz, Lunge, Pankreas und Dünndarm sind für eine Lebendspende derzeit (Stand April 2020) nicht teilbar. Daher kommen für eine Lebendspende nur Niere und Leber in Betracht.

Lebendspende ist nur innerhalb der Familie und familienähnlichen Lebensgemeinschaften möglich.

---

1 https://www.aerzteblatt.de/archiv/59810/Non-Heart-Beating-Donors-Herztote-Organspender

2 https://www.aerzteblatt.de/archiv/59810/Non-Heart-Beating-Donors-Herztote-Organspender

3 http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613740.pdf

4 http://www.dgni.de/images/Stellungnahme_Hirntod_DGN_DGNC_DGNI.pdf

5 https://www.dgn.org/images/red_pressemitteilungen/2015/150224_Stellungnahme_Hirntod_DGN_DGNC_DGNI_final.pdf

6 http://www.archivioradiovaticana.va/storico/2015/07/31/deutscher_ethikrat_organspende_%E2%80%93_ja_oder_nein/de-1162120

3 Punktuelle Demontagen

3.1 2012 - Die taz und Prof. Moskopp

Auf Seite 138 seines Buches „Hirntod. Konzept – Kommunikation - Verantwortung“ beschreibt der Neurochirurg, Prof. **Dag Moskopp**, von seiner im Jahr 2012 gemachten Erfahrung mit der taz.

Im Juni 2012 wurde Prof. Moskopp darum gebeten, für die Wochenend-Ausgabe zum Thema Hirntod 2 DIN-A4-Seiten zu verfassen. Prof. Moskopp sagte unter der Bedingung zu, dass er den Artikel vor der Veröffentlichung redigieren könne. Dies wurde ihm zugesagt. So verfasste der Neurochirurg den gewünschten Text. Wie verabredet wurde der von der taz überarbeitete Text von rund 90.000 Zeichen Prof. Moskopp zur Imprimatur vorgelegt.

„Er erwies sich aber eher nach journalistischen als nach medizinischen Kriterien erstellt. Mit dem Vorschlag einer konstruktiven und zeitteuren Umformulierung konnte sich wiederum das Herausgeberteam der Zeitung nicht einverstanden erklären. Als Argument wurde genannt, dass die Leserschaft der TAZ derartiges nicht erwarte. Die Imprimatur wurde vom Autor nicht erteilt. Und so wurde eine sorgsam gestaltete Darstellung zum Hirntod (90.000 Zeichen) für medizinische Laien nicht gedruckt“.[1]

3.2 2012 – Die Organvergabe-Skandale

Die Organvergabe-Skandale

Ab Juli 2012 wurde darüber berichtet, dass es in einigen **TXZ** zu Unregelmäßigkeiten gekommen ist. Die Berichte überschlugen sich, dass ein paar Ärzte ihre Patienten gegenüber **ET** kränker dargestellt haben, als diese in Wirklichkeit waren. Dadurch erhielten sie bei der Zuteilung der Organe mehr Punkte und erhielten ihr Organ früher.

Es waren ein paar Ärzte, die ohne Wissen ihrer Vorgesetzten so handelten. Sie schadeten damit nicht nur dem Ruf ihres **TXZ**, sondern nachhaltig dem Ruf der Transplantationsmedizin.

Schnell war man mit der Erklärung zur Hand, dass hierfür die Patienten an den behandelnden Arzt Geld gezahlt hätten. Doch diese Annahme konnte in keinem der Fälle nachgewiesen werden. Daher ist es unredlich, dies weiterhin zu

1 Dag Moskopp: Hirntod, 138.

behaupten. Es stellt sich jedoch die Frage, warum diese paar Ärzte sich so falsch verhalten haben. Als nachvollziehbare Erklärungen kommen diese Möglichkeiten in Betracht:

- Bonuszahlungen an die Ärzte
  Bis Juli 2012 erhielten den behandelnden Ärzte für jede **TX** Bonuszahlungen. Dies wurde bereits im August 2012 abgeschafft.
- Einsatz für seine Patienten
  Durch den **Organmangel** erhalten die Patienten ihr Organ meist erst in einem schwerkranken Zustand. Dadurch sinkt die statistische Erfolgsrate, was sich negativ für das **TXZ** auswirkt. Wenn in einem gesünderen Zustand transplantiert werden kann, ist das für die Patienten vorteilhaft.
  Dass sich die betrügerischen Ärzte wirklich für ihre Patienten eingesetzt haben, ist daran zu erkennen, dass sie bei ihrem Fehlverhalten keinen Unterschied zwischen Privat- und Kassenpatient gemacht haben.
- Prestige für sich und ihr **TXZ**
  Je mehr erfolgreiche **TX** ein Arzt bzw. **TXZ** durchführt, desto besser ist der Ruf.

Wenn diese Motivationen auch verständlich sind, so ist es dennoch verwerflich. Gegenüber den anderen Ärzten und **TXZ** ist es unfair. Beim Fußball würde man sagen, da hat jemand gefoult. Er bekommt dafür eine rote Karte. Diese bekommt jedoch der einzelne Spieler, nicht die ganze Fußballmannschaft, und erst recht nicht der ganz Fußballsport. Doch gerade dieser Fehler wird bei der **TX** begangen.

Die Maßnahmen

Wurde in den Jahren 2012 und 2013 mit großen Überschriften, oft auf den Titelseiten, über die neu bekannt gewordenen Vergabeskandale berichtet, so zurückhaltend waren die Berichte über die getroffenen Maßnahmen. Daher sollen sie hier genannt werden.

Am 03.08.2012 erklärte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die Aufarbeitung der Organspendeskandale zur Chefsache. Er berief zu einem Krisentreffen für Ende August ein. Umgehend wurden folgende Schritte beschlossen und beschritten:[1]

1 DSO: Hintergrundinformation. Nach den Wartelisten-Manipulationen. Was hat sich geändert? Maßnahmen und Konsequenzen. Frankfurt Januar 2014.

- Verstärkte Kontrollen
  - Alle 24 **TXZ** für Leber-**TX** wurden geprüft: in 4 **TXZ** wurden Verstöße festgestellt, bei 20 keine.
    - Es konnte keine Bevorzugung bestimmter Patienten (privatversichert/kassenversichert) festgestellt werden.
    - Es gab keine Hinweise auf eine systematische Bevorzugung von Patienten.
    - Es konnte kein Geldfluss von Patienten zum Arzt nachgewiesen werden.
  - Künftig erfolgen die Prüfungen regelmäßig. D.h. dass alle **TXZ** mind. einmal in 3 Jahren unangekündigt geprüft werden.
  - Die Prüfkommission wurde durch die Errichtung einer Task Force (Einsatzgruppe) personell verstärkt.
  - Vertreter der Länder, in denen das geprüfte **TXZ** seinen Sitz hat, sind an der Prüfung beteiligt.
  - Die Prüfungskommission erstellt über ihre Arbeit einen Jahresbericht und veröffentlicht ihn.
  - Im November 2012 wurde bei der **BÄK** eine unabhängige Vertrauensstelle "Transplantationsmedizin" eingerichtet, die (auch anonyme) Meldungen von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das TPG entgegen nimmt.
- Höhere Transparenz bei der Führung der Wartelisten
  - Die Richtlinien der **BÄK** für die Führung der Wartelisten wurde geändert: Es müssen mind. 3 Ärzte über Aufnahme in und Abmeldung von der Warteliste entscheiden. Ihre Namen werden gegenüber **ET** benannt.
  - Droht der Verlust eines Spenderorgans, ist **ET** berechtigt, auf das beschleunigte Vermittlungsverfahren zu wechseln.
  - Zur Errichtung eines nationalen **TX**-Registers wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben. Es soll Transparenz bei der Qualität der **TX** bringen.
  - Seit dem 1.8.2013 erfüllt die Manipulation von Gesundheitsdaten den Tatbestand der Urkundenfälschung. und kann mit einer Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren oder Geldstrafe belegt werden.

- Die Richtlinien der **BÄK** zur **TX**-Medizin werden durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt.

- Vermeidung von Fehlanreizen
  - April 2013 sprachen die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die **BÄK** die Empfehlung aus, dass keine finanzielle Anreize für einzelne Operationen sein dürfen, auch nicht in der **TX**-Medizin.
  - Kliniken müssen in ihren Qualitätsberichten angeben, ob sie sich an diese Empfehlungen halten. Abweichungen müssen sie in ihren Qualitätsberichten angeben.

Tätigkeitsberichte der BÄK

Die **BÄK** schreibt in ihrem Tätigkeitsbericht 2012 auf Seite 294 zu den Unregelmäßigkeiten:[1]

> *In diesem Zuge wurden die entsprechenden Richtlinienentwürfe auf der Internetseite der Bundesärztekammer der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und jeweils befristet die Möglichkeit zur Stellungnahme geboten. Parallel wurde der Entwurf dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, dem Bundesminister für Gesundheit und den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Ministern der Länder zugeleitet. In dieser Weise soll künftig bei allen Richtlinienänderungen verfahren werden. Darüber hinaus haben die Überwachungskommission und die Prüfungskommission einstimmig und im Einvernehmen mit den Trägerinstitutionen entschieden, der Öffentlichkeit alle Jahresberichte seit Einsetzung der beiden Kontrollgremien verfügbar zu machen. Entsprechend können seit August 2012 die Jahresberichte von Prüfungs- und Überwachungskommission auf der Internetseite der Bundesärztekammer abgerufen werden. In gleicher Weise veröffentlicht wurde auch eine Dokumentation aller abgeschlossenen Prüfungen von Allokationsauffälligkeiten, in der aus Gründen des Patientenschutzes die dokumentierten Fälle anonymisiert gehalten sind.*
>
> *Schließlich wurde im November 2012 bei der Prüfungskommission und der Überwachungskommission eine unabhängige Vertrauensstelle "Transplantationsmedizin" zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht*

1 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Taetigkeitsbericht_2012.pdf

eingerichtet (siehe Kapitel 5.1.7). Im Dezember 2012 haben sich Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen grundsätzlich darauf verständigt, im ersten Quartal 2013 eine gemeinsame "Geschäftsstelle Transplantationsmedizin" einzurichten, die als Stabsbereich bei der Hauptgeschäftsführung der Bundesärztekammer angesiedelt werden soll. Der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin obliegt die Geschäftsführung der Prüfungskommission und der Überwachungskommission, der Vertrauensstelle Transplantationsmedizin (in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen) sowie der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer.

Die **BÄK** schreibt in ihrem Tätigkeitsbericht 2013 auf Seite 24 zu den Veränderungen:[1]

Mit der am 1. August 2012 in Kraft getretenen Novelle des Transplantationsgesetzes wurden die Kontrollmöglichkeiten der Prüfungs- und der Überwachungskommission neu gestaltet. Auf dieser Grundlage sind bislang alle 24 Lebertransplantationsprogramme in Deutschland einer Vor-Ort-Prüfung unterzogen worden. Aufgrund der bis zur Überarbeitung des TPG fehlenden Kontrollinstrumente der Prüfungs- und Überwachungskommission konnten sich diese zuvor nur anlassbezogen mit Allokationsauffälligkeiten befassen. Den Kommissionen wurde nunmehr eine gesetzliche Überwachungskompetenz zugewiesen, die es ihnen ermöglicht, nicht nur anlassbezogen, sondern auch verdachtsunabhängige Prüfungen vorzunehmen. Kraft der neu geschaffenen Kontrollmöglichkeiten wurden die Kommissionen in die Lage versetzt, auf die zwischenzeitlich bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten mit flächendeckenden Prüfungen zu reagieren.

Verstöße dokumentiert

Die Prüfungs- und die Überwachungskommission haben jeden festgestellten Richtlinienverstoß unabhängig von seiner Schwere dokumentiert. In jedem Transplantationszentrum wurden die Lebertransplantationen der Jahre 2010 und 2011 geprüft. ... Dem Auftrag

1 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/TB_20132.pdf

des Gesetzgebers und dem besonderen Informationsinteresse der Öffentlichkeit wurde dadurch entsprochen, dass die Prüfungs- und die Überwachungskommission in ihrem Jahresbericht, den sie auf ihrer Bilanzpressekonferenz am 4. September 2013 der Öffentlichkeit präsentierten, auch sämtliche Stellungnahmen zu bisherigen Prüfungen veröffentlichten.

Nachwehe: Vertrauensverlust

Wie sehr das im Rahmen der Vergabe-Skandale der Jahre 2012 und 2013 geschaffene Gespenst "Vertrauensverlust" noch in den Köpfen der Menschen steckt, zeigt der am 25.06.2019 von der AfD mit der Drucksache 19/11124 Antrag mit dem Titel "Mehr Vertrauen in die Organspende – Vertrauenslösung".[1] Darin heißt es:

Die Menschen in Deutschland stehen demnach einer Organspende offenbar mehrheitlich positiv gegenüber, verfügen jedoch nicht aufgrund mangelnder Information oder Organisation über keinen Organspendeausweis, sondern weil ihnen das Vertrauen in die gesetzlichen Regelungen zur Durchführung einer Organspende nach dem Transplantationsgesetz in neuester Fassung fehlt.

Kennzeichnend dafür sind die immer wieder möglichen Skandale im Rahmen der Feststellung des Hirntodes zur Organgewinnung, der Vermittlung der Organe und der Gewinnmaximierung bei Vergütung der Leistungen der Transplantationsmedizin.

Zum Verweis auf den **OSA** ist auf die 2008 von der **BzgA** durchgeführte repräsentative Bevölkerungsumfrage hinzuweisen:[2] Danach haben fast die Hälfte (48%) aller Befragten, die noch keinen **OSA** haben, hat schon daran gedacht, sich einen **OSA** zu besorgen. Doch auf die nachgeschobene Frage, ob sie die Absicht haben, in den nächsten 12 Monaten einen **OSA** auszufüllen, antworteten nur 13% mit „ganz sicher“, 59% mit „vielleicht“, 18% mit „eher nicht“ und 8% mit „völlig ausgeschlossen“. Auch haben nur 50% der Befragten mit ihrer Familie und Freunden über das Thema Organ- und Gewebespende gesprochen. Nur 42% haben ihrer Familie und/oder Freunden über ihre persönliche Entscheidung für oder gegen die Organspende mitgeteilt. Und schließlich: 42% der Befragten

1 http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/111/1911124.pdf

2 https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/organ_und_gewebespende_befragung—d43aa6071f5d30b0ba3fef2f4b7d03b9.pdf

haben ihre Entscheidung für oder gegen eine Organspende ihrer Familie und/oder Freunden mitgeteilt, 57% nicht. In der 2016 von der **BZgA** durchgeführten Vergleichsstudie 2012-2016[1] gaben 34% der Befragten an, dass sie sich zur Frage der Organspende entschieden haben, 64% hingegen noch nicht (S. 42). Auch von dieser Studie darf abgeleitet werden, dass über die Hälfte der Bevölkerung sich überhaupt nicht für das Thema **TX** interessiert.

Dass eine im Bundestag vertretene Partei einen eigenen Antrag stellt, der wesentlich auf der Grundlage des Gespenstes „Vertrauensverlust“ baut, ist ein Armutszeugnis für diese ganze Partei. Es zeigt, wie wenig Sachkenntnis sie zu diesem Thema hat.

(Siehe hierzu: Kapitel 2.8 Die Entscheidungen)

Weitere Nachwehen

Die Nachwehen der Organvergabe-Skandale reichen vereinzelt bis in die Gegenwart hinein:

„Das ist jedoch nicht der Grund für die sinkende Zahl von Organtransplantationen. Ebenso wenig der Skandal aus dem Jahr 2012, als ein Arzt Empfängerlisten manipulierte, um gut bezahlenden 'Kunden' eher zu einem nötigen Organ zu verhelfen.'[2] Dass 5 Jahre nach der Aufarbeitung der Organgabe-Skandale in der Redaktion des „evangelischen Magazins im Oldenburger Land“ derart schlecht recherchiert wurde, ist beschämend. Nochmals: Bei keinem der bevorzugten Transplantierten konnte ein Geldfluss vom Patienten zum behandelnden Arzt festgestellt werden.

Hier grüßt Albert Einstein: „Es ist leichter, ein Atom zu zertrümmern als ein Vorurteil.“

Möge dieses Buch mit dazu beitragen, dass noch existierende Zerrbilder über die Organvergabe-Skandale aufgelöst und richtiggestellt werden.

1 https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/organ_und_gewebespende_2016_ergebnisbericht—75523e97477f610f5e5f58746c143363.pdf

2 Michael Eberstein: Leben Spenden. In: horizont E 3/2018. Nach: https://www.kirche-oldenburg.de/fileadmin/Redakteure/horizont_E/horizontE_3_2018_web.pdf

3.3 2012 - Dr. Harald Terpe MdB

Harald Terpe ist ein deutscher Pathologe und Politiker (Bündnis 90/Die Grünen, bis November 2006 parteilos). Er war von 2005-2017 Mitglied des Deutschen Bundestages. Für seine Partei war er Obman im Ausschuss für Gesundheit.

Die Sorge von Harald Terpe

Harald Terpe muss im Jahr 2012 aufgefallen sein, dass über die Jahre immer mehr Organe über das beschleunigte Vermittlungsverfahren zugewiesen wurden. Die im Jahr 2012 publizierte Entwicklung sah so aus:

Organ	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*	*2012*
Herz	8,4	10,7	9,8	14,9	19,7	22,6	20,5	20,4	17,6	22,1	25,8
Lunge	10,6	15,3	18,4	21,6	28,5	30,8	20,0	20,9	23,2	28,7	30,3
Leber	9,1	11,3	20,6	31,8	29,6	27,0	28,2	30,7	36,1	38,5	37,1
Niere	4,0	4,5	4,6	6,5	7,5	6,9	6,4	6,3	7,1	10,2	9,6
Pankreas	6,3	4,0	3,6	7,0	9,9	12,1	13,7	11,1	22,3	47,4	43,7

Tab. 4 – Beschleunigtes Vermittlungsverfahren 2002-2012

Harald Terpe scheint dies im Zusammenhang der aufkommenden Allokationsskandale große Sorge bereitet zu haben, dass hier ein weiterer Skandal dahintersteckt. Er scheint sich daher diesbezüglich an das Bundesministerium für Gesundheit (**BMG**) gewandt zu haben, denn in einer Antwort des **BMG** vom 05.06.2012 an Harald Terpe heißt es:[1]

> *Im Ergebnis ist festzuhalten, dass sowohl das Standardvermittlungsverfahren als auch das beschleunigte Vermittlungsverfahren "übliche Vermittlungsverfahren" darstellen; beide folgen den Regeln der Bundesärztekammer nach § 16 Absatz 1 Nr. 5 TPG, so dass eine "Umgehung" der üblichen Allokationsregeln darin nicht zu sehen ist.*

In § 16 Absatz 1 Nr. 5 **TPG** heißt es:

> *die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 Satz 1,*

In § 12 Abs. 3 **TPG** heißt es:

1 https://web.archive.org/web/20160223082229/https://www.harald-terpe.de/fileadmin/user_upload/terpe/pdf/schriftliche_frage_terpe_organspende.pdf

Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Die Wartelisten der Transplantationszentren sind dabei als eine einheitliche Warteliste zu behandeln. Die Vermittlungsentscheidung ist für jedes Organ unter Angabe der Gründe zu dokumentieren und unter Verwendung der Kenn-Nummer dem Transplantationszentrum und der Koordinierungsstelle zu übermitteln, um eine lückenlose Rückverfolgung der Organe zu ermöglichen.

Das beschleunigte Vermittlungsverfahren

Das im Antwortschreiben des **BMG** vom 05.06.2012 genannte „beschleunigte Vermittlungsverfahren“ ist nicht im **TPG** beschrieben, sondern in den von der **BÄK** verfassten „Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 TPG“.[1] Dort heißt es in II.3.1:

Die Vermittlungsfähigkeit postmortal gespendeter Organe kann durch Funktionsminderungen oder durch Vorerkrankungen der Spender eingeschränkt sein. Eine exakte Definition von Kriterien für diese unter bestimmten Umständen dennoch gut funktionsfähigen Organe ist wegen der Vielfalt von Ursachen und Einzelheiten nicht möglich.

Es geht somit beim beschleunigten Vermittlungsverfahren um Organe minderer Qualität, die jedoch bei einzelnen Empfängern noch sehr gut passen können. Bei Listungsverfahren für **ET** werden die Patienten gefragt, ob sie bereit sind, auch solch ein Organ minderer Qualität zu nehmen, das aber für sie noch passend ist. Lehnt ein Patient dies ab, wird dies entsprechend vermerkt und an **ET** weitergegeben. Damit werden ihm bei der Allokation keine Organe minderer Qualität angeboten, was jedoch zu einer längeren Wartezeit führt. Da jedoch die Ärzte der **TXZ** immer das Wohl ihrer Patienten im Blick haben, akzeptieren sie nur die Organe minderer Qualität, die für diesen konkreten Patienten passend ist. Im Wissen darum akzeptieren die meisten Patienten auch ein Organ minderer Qualität.

Unter II.3.3.2 ist der Ablauf des beschleunigten Vermittlungsverfahren beschrieben:

1 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/RiliOrgaWlOvHerzTx20191210.pdf

Die Vermittlungsstelle entscheidet über die Einleitung des beschleunigten Vermittlungsverfahrens auf der Grundlage aller vorhandenen Informationen. Dieses Verfahren wird insbesondere durchgeführt, wenn

– durch eine Kreislaufinstabilität des Spenders oder

– aus logistischen oder organisatorischen Gründen oder

– aus spender- oder aus organbedingten Gründen

ein Organverlust droht.

Dabei ist das folgende abgestufte Vorgehen zu beachten:

1. *Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, wird ein Organ im beschleunigten Vermittlungsverfahren allen Zentren einer Region der Koordinierungsstelle, in der sich das Organ zum Zeitpunkt des Angebotes befindet, sowie anderen nahegelegenen Zentren angeboten. Die Zentren wählen aus ihrer Warteliste bis zu zwei geeignete Empfänger aus und melden diese an die Vermittlungsstelle. Die Vermittlungsstelle vermittelt dann das Organ innerhalb der Gruppe der so gemeldeten Patienten entsprechend der Reihenfolge, wie sie sich aus den im besonderen Teil der Richtlinie beschriebenen Verteilungsregeln ergibt. Für jedes Organangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot als abgelehnt.*

2. *Gelingt eine Vermittlung nach diesem Verfahren nicht, kann die Vermittlungsstelle das Organ auch weiteren Zentren anbieten. Die Zentren teilen ggf. der Vermittlungsstelle den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger mit. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist.*

   Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung dokumentieren.

3. *Gelingt eine Vermittlung des Organs innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Vermittlungsstelle nicht, kann diese das Organ auch anderen Organaustauschorganisationen anbieten, um den Verlust des Organs möglichst zu vermeiden.*

Das beschleunigte Vermittlungsverfahren ist somit klar beschrieben. Kein Organ kann an **ET** vorbei in ein **TXZ** gelangen. Selbst bei noch so großer krimineller Energie besitzt kein **TXZ** die Möglichkeit, an **ET** vorbei an ein Organ zu kommen. Dies gilt es, sich an dieser Stelle bewusst zu machen.

Es stellt sich jedoch die Frage, wie binnen 10 Jahren es möglich war, dass immer mehr Organe durch das beschleunigte Vermittlungsverfahren transplantiert wurden. Dies hat verschiedene Gründe, darunter diese:

- Die Organspender werden immer älter und immer kränker.
- Die Medizin macht gute Erfahrungen auch mit transplantieren Organen minderer Qualität.
- Um ihren Patienten zu helfen, reizen sie Ärzte die Grenzen des medizinisch Möglichen aus.

Dies führte dazu, dass sich die Zahl der durch das beschleunigte Vermittlungsverfahren transplantierten Organe im Zeitraum von 2002 bis 2012 vervielfacht hat. Es handelt sich immerhin um einen Zeitraum von 10 Jahren, in denen die Medizin Fortschritte machte, auch im Bereich der **TX**.

Soweit die Fakten und Hintergründe zum beschleunigten Vermittlungverfahren und der Sorge von Harald Terpe. Doch es blieb nicht bei der Antwort des BMG vom 05.06.2012 an Harald Terpe. Im August 2012 erschienen in der deutschen Presse verschiedene Artikel zu diesem Thema:

Die Zeitungsartikel

„Schwächen des Warteliste-Verfahrens: Trickserei mit rettenden Organen“[1]

Am 7.8.2012 veröffentlichte Heike Le Ker beim Spiegel unter o.g. Titel einen Artikel, in dem es heißt: "... Jetzt wird der Verdacht laut, dass bei der Organvergabe in zunehmender Zahl das sogenannte beschleunigte Vermittlungsverfahren angewendet wird, bei dem Krankenhäuser die Organe direkt an selbst ausgesuchte Patienten verteilt haben sollen. Bundesärztekammer-Präsident Frank Ulrich Montgomery sagte zu SPIEGEL ONLINE: 'Diese Entwicklung beobachten wir kritisch, eine solche Vergabe darf nicht Überhand nehmen.'" Und weiter: "Lehnen drei Zentren das Organ ab, so kann die Klinik die entnommenen Organe an Ort und Stelle an selbst

1 https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-und-warteliste-vergabeverfahren-fuer-spenderorgane-a-848748.html

ausgewählte Patienten vermitteln - so wurden in Deutschland 2010 40 Prozent aller Lebern vergeben." - Und weiter: "Auf der anderen Seite lässt diese Regelung Spielraum für Manipulationen, denn das beschleunigte Vermittlungsverfahren kommt auch dann zum Einsatz, wenn ein Organ als 'eingeschränkt vermittelbar' eingeschätzt wird. Das ist etwa der Fall, wenn der Spender alt war - was in der Tat immer häufiger der Fall ist - und bestimmte Grundkrankheiten hatte. Aufgrund der Häufungen in den vergangenen Jahren besteht der Verdacht, dass Organe jedoch häufiger als notwendig mit dem Stempel 'eingeschränkt vermittelbar' versehen worden sein könnten."

"Organspende: An der Warteliste vorbei"

Am 7.8.2012 veröffentlichte Timot Szent-Ivanyi in der Frankfurter Rundschau unter o.g. Titel einen Artikel in dem es heißt: "Immer mehr Spenderorgane werden im sogenannten beschleunigten Verfahren an Patienten vermittelt. Davon gibt es aber mittlerweile so viele, dass der Verdacht der Manipulation besteht." - Und weiter: "Wenn der Spender zu alt war und/oder an einer Virus- oder Tumorerkrankung litt, findet sich eventuell kein geeigneter Empfänger. Lehnen drei Kliniken (bei Niere: fünf) das Angebot aus medizinischen Gründen ab, gilt das sogenannte 'beschleunigte Vermittlungsverfahren' oder 'Zentrumsangebot'. Die entsprechenden Organe können dann von der Klinik, in der sich der Spender befindet, selbst zugeteilt werden. Damit soll verhindert werden, dass das gespendete Organ verloren geht. Dieses Verfahren macht Sinn, wenn es sich um Einzelfälle handelt. Doch dies ist nicht der Fall. Das zeigen Zahlen, die der Grünen-Gesundheitsexperte Harald Terpe von der Bundesregierung verlangt und mittlerweile auch bekommen hat." - Und weiter: "Auch der Grünen-Politiker Terpe wundert sich und fordert eine genaue Untersuchung. 'Der enorme Anstieg dieser Transplantationen ist erklärungsbedürftig', sagte er der Berliner Zeitung. Die Praxis der beschleunigten Vermittlung sollte transparent gemacht und von einer unabhängigen Einrichtung evaluiert werden, verlangte Terpe. 'Nach den Ereignissen in Göttingen und Regensburg müssen wir alles tun, um sicherzugehen, dass nicht auch an anderer Stelle manipuliert wird.'"

"Transplantationsskandal"[1]

Am 7.8.2012 berichtete das Hamburger Abendblatt unter o.g. Überschrift:

1 https://www.abendblatt.de/politik/article108587658/Beschleunigtes-Vermittlungsverfahren-Krankenhaeuser-geben-Spendeorgane-eigenstaendig-weiter.html

"Jedes vierte Herz, jede dritte Leber und jede zweite Bauchspeicheldrüse wird per 'beschleunigtem Vermittlungsverfahren' direkt von den Kliniken an selbst ausgesuchte Patienten verteilt, wie aus einer Antwort der Bundesregierung an den Abgeordneten Harald Terpe (Grüne) hervorgeht" - Und weiter: "Experten haben jedoch immer wieder den Verdacht geäußert, bei diesem Verfahren würden Organe "kränker" dargestellt, um das bestehende System der Organverteilung zu unterlaufen, wie die "Frankfurter Rundschau" (Dienstagausgabe) schreibt. Terpe, dem die Bundesregierung bereits im Juni auf seine Anfrage geantwortet hatte, nannte die Zahlen erklärungsbedürftig. Das Verfahren müsse transparent gemacht und von einer unabhängigen Einrichtung evaluiert werden. 'Nach den Ereignissen in Göttingen und Regensburg müssen wir alles tun, um sicherzugehen, dass nicht auch an anderer Stelle manipuliert wird', sagte er der Zeitung."

"Viele Spenderorgane an Warteliste vorbei vergeben"[1]
Am 7.8.2012 berichtete "Die Welt" unter o.g. Überschrift: "... Auch der Grünen-Gesundheitspolitiker Harald Terpe forderte eine Untersuchung. 'Der enorme Anstieg dieser Transplantationen ist erklärungsbedürftig', sagte er der Zeitung. Die Praxis der beschleunigten Vermittlung müsse transparent gemacht werden. 'Nach den Ereignissen in Göttingen und Regensburg müssen wir alles tun, um sicherzugehen, dass nicht auch an anderer Stelle manipuliert wird.'"

Es brach im Jahr 2012 in Deutschland eine wahre Phobie aus, dass man den Verdacht hatte, dass hinter allen auffälligen Zahlen Manipulation stehe. Weil man offensichtlich zu wenig vom Ablauf der Zuweisung beim beschleunigten Vermittlungsverfahren wusste und nur auf die Zahlen sah, witterte man auch hier Verdacht auf Manipulation. Es wurde offensichtlich davon ausgegangen, dass auch hier ein echter Skandal dahinter steckte. Entsprechend wurde mit dem Thema umgegangen.

Es ist auffallend, dass in den Artikeln häufig Harald Terpe namentlich genannt wurde. Er scheint es gewesen zu sein, der diese Lawine losgetreten hat, die sich schließlich als Seifenblase entpuppte.

Presseerklärung der BÄK

Am 7.8.2012 trat die **BÄK** mit einer Presseerklärung zum beschleunigten Vermittlungsverfahren an die Öffentlichkeit. Darin wurde klar darauf hingewiesen, dass die Richtlinien der **BÄK** für die Zuteilung der Organe 3

1 https://www.welt.de/politik/deutschland/article108500820/Viele-Spenderorgane-an-Warteliste-vorbei-vergeben.html

Vermittlungsverfahren ergeben, die allesamt über **ET** laufen:

1. *Standardverfahren*
   Hierbei werden die transplantierbaren Organe an ET gemeldet. ET ermittelt aus den eingegebenen Daten die Empfänger für diese Organe und verständigt die entsprechenden TXZ, in denen diese Patienten gelistet sind. Diese verständigen die Patienten. Wenn das Organ angenommen wird, erfolgt diese Rückmeldung des TXZ an ET. Wenn alle transplantierbare Organe eines Hirntoten vermittelt sind, wird dies an den Koordinator der DSO gemeldet. Damit kann dort mit der Organentnahme begonnen werden.

2. *Modifiziertes Vermittlungsverfahren*
   Organe mit Funktionseinschränkungen oder Organe von Spendern mit bestimmten Vorerkrankungen können nicht über das Standardverfahren vermittelt werden. Für diese "schwer vermittelbare Organe", so bezeichnet sie die BÄK, gibt es eigene Richtlinien, die erfüllt sein müssen, dass ein Organ zu dieser Gruppe gehört. Die Vermittlung erfolgt wie beim Standardverfahren über ET.

3. *Beschleunigtes Vermittlungsverfahren*
   "Gelingt eine Organallokation nach einem der beiden patientengerichteten Vermittlungsverfahren (Standard- oder modifiziertes Vermittlungsverfahren) nicht oder droht aus anderen im folgenden ausgeführten Gründen der Verlust eines Spenderorgans, kann Eurotransplant zum sogenannten beschleunigten Vermittlungsverfahren wechseln. Da es um die Vermeidung eines Verlustes des Spenderorganes geht, wird dieses Vermittlungsverfahren auch "Rettungsallokation" oder englisch "rescue allocation" genannt: Nach den Richtlinien zur Organtransplantation der Bundesärztekamme ist Eurotransplant zu diesem Verfahren berechtigt, 'wenn:
   - eine Kreislaufinstabilität des Spenders eintritt oder
   - aus logistischen oder organisatorischen Gründen ein Organverlust droht oder
   - aus spender- oder aus organbedingten Gründen drei Zentren das Angebot eines
   Herzens, von Lungen, eines Pankreas oder einer Leber oder fünf Zentren das Angebot einer Niere abgelehnt haben. Im beschleunigten Vermittlungsverfahren gilt für jedes Organangebot eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot

aus organisatorischen Gründen als abgelehnt. Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, werden Organe im beschleunigten Vermittlungsverfahren primär innerhalb einer Region angeboten.'"

Ein inhaltlich gleicher Artikel erschien am 07.08.2012 im Deutschen Ärzteblatt.[1] Damit stellt die **BÄK** deutlich heraus,

- dass die Wahl des Vermittlungsverfahrens an konkrete Fakten gebunden ist und nicht der Beliebigkeit von Ärzten unterliegt
- dass in allen drei Vermittlungsverfahren die Vermittlung immer über **ET** erfolgt
- dass mit dem beschleunigten Vermittlungsverfahren kein Organ an **ET** vorbei vermittelt wird.

Offene Fragen

Es stellen sich im Zusammenhang dieser Fakten einige Fragen. Die Hauptfrage lautet, ob Harald Terpe entgegen der Antwort vom **BMG** die Medien auf den starken Anstieg der beschleunigten Vermittlungsverfahren hingewiesen hat – alles deutet darauf hin – und was in diesem Falle seine Beweggründe gewesen waren.

Es stellt sich auch die Frage, warum offensichtlich keine der Redaktionen zum beschleunigten Vermittlungsverfahren recherchiert hat. Man wäre hierzu im Internet fündig geworden: Im Ärzteblatt vom Mai 2004 gibt es einen Artikel, in dem das beschleunigte Vermittlungsverfahren kurz beschrieben ist.[2] Im Tätigkeitsbericht 2004 der **BÄK** wird auf Seite 569f das beschleunigte Vermittlungsverfahren für die Leber detailliert beschrieben.[3] Im Tätigkeitsbericht 2006 der **BÄK** wird auf Seite 648f das beschleunigte Vermittlungsverfahren für die Leber kurz beschrieben.[4] Im August 2010 erschien im Ärztblatt eine Bekanntmachung über das beschleunigte Vermittlungsverfahren, in dem es heißt:[5]

1 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51176

2 https://www.aerzteblatt.de/archiv/41870/Bekanntmachungen-Richtlinien-zur-Organtransplantation-gemaess-16-TPG

3 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Taetigkeit2004_13.pdf

4 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Taetigkeit2006_14.pdf

Die Vermittlungsstelle ist zu diesem Verfahren berechtigt, wenn

- *eine Kreislaufinstabilität des Spenders eintritt oder*
- *aus logistischen oder organisatorischen Gründen ein Organverlust droht oder*
- *aus spender- oder aus organbedingten Gründen drei Zentren das Angebot eines Herzens, von Lungen, einer Pankreas oder einer Leber oder fünf Zentren das Angebot einer Niere abgelehnt haben.*

Im beschleunigten Vermittlungsverfahren gilt für jedes Organangebot eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot aus organisatorischen Gründen als abgelehnt.

Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, werden Organe im beschleunigten Vermittlungsverfahren primär innerhalb einer Region angeboten. Die Vermittlungsstelle stellt dabei dem Zentrum oder den Zentren eine Liste von potenziellen Empfängern zur Verfügung, nach der das Zentrum oder die Zentren den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger in der Reihenfolge der Auflistung auswählen. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung gegenüber der Vermittlungsstelle dokumentieren.

Es waren somit bereits im Jahr 2012 die Informationen zum beschleunigten Vermittlungsverfahren frei zugänglich. Die bis in die Gegenwart hinein reichende Forderung um mehr Transparenz bei der **TX** ist selbst beim beschleunigten Vermittlungsverfahren unberechtigt. Und selbst wenn man für das betreffende Thema oder die spezielle Fragestellung die Information nicht gleich findet, kann man sich immer noch an die Stellen wenden, die das Wissen darüber haben, in erster Linie **BZgA**, **DSO**, **BÄK** und **ET**. Diese sind – nicht nur den Medien gegenüber – gerne bereit Auskunft zu geben, entweder, wo dies nachzulesen ist oder es wird ihnen die gewünschte Information zugesandt.

So aber wurden das deutsche Volk im August 2012 mit Nachrichten um einen weiteren Skandal aufgeschreckt, der sich als Seifenblase entpuppte. Dies aber zeigt auch, wie wichtig frei zugängliche Informationen rund um **Hirntod** und

5 https://www.aerzteblatt.de/archiv/77778/Richtlinien-zur-Organtransplantation-gem-16-Abs-1-S-1-Nrn-2-4-u-5-TPG

Organtransplantation sind. Doch selbst die unter www.organspende-wiki.de zusammengetragenen Informationen sind totes Kapital, wenn sie nicht genutzt werden.[1]

Zur Erinnerung: Das Organspende-Wiki wurde im Januar 2014 gegründet und hatte am 01.01.2020 über 2.500 Inhaltsseiten. Um die Korrektheit der dort gemachten Angaben sicherzustellen, kann man sich, wie sonst bei Wiki´s üblich, nicht anmelden und nicht mitschreiben.

1 Im April 2020 wurde der Autor gebeten, einen Artikel über die Aussagen der christlichen Kirchen in Deutschland zur Organspende durchzulesen und seine Rückmeldung zu geben. Der Artikel bezog sich ausschließlich auf die gemeinsame Erkärung der **EKD** und **DBK** aus dem Jahr 1990. Der Autor verwies in seiner Antwort auf http://www.organspende-wiki.de/wiki/index.php?title=Religion und die dort angegebenen Schriften der evangelischen und katholischen Kirche, insbesondere auf die Handreichung der **DBK** aus dem Jahr 2015.

3.4 2013 - Evangelische Frauen in Deutschland (EFiD)

Der eingetragene Verein Evangelische Frauen in Deutschland (EfiD) repräsentiert nach eigenen Angaben als kirchlicher Verband die verbandliche und die landeskirchlich organisierte evangelische Frauenarbeit. Als Dachverband von 38 Mitgliedsorganisationen mit insgesamt rund 3 Millionen Mitgliedern vernetze er die Arbeit ihrer Mitgliedsorganisationen und vertritt gemeinsame Positionen in der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), dem Deutschen Frauenrat e.V. (DF) und anderen bundesweiten und internationalen kirchlichen und politischen Organisationen. Als Bundesverband vertrete EFiD „die gemeinsamen Anliegen von Frauen in Kirche, Gesellschaft und Politik und verschaffen den Positionen evangelischer Frauen Gehör."

Positionspapier (2013)

Im Oktober 2013 brachte EFiD ein Positionspapier zur Organspende. Darin heißt es:

> *Steht ein hirntoter Mensch nicht als Organspender_in zur Verfügung, können Angehörige dabei sein, wenn die Beatmung eingestellt wird, und sehen, wie der Tod eintritt. (8)*
>
> *Von größtem Gewicht ist dabei der Nachweis, dass einige künstlich beatmete hirntote Patient_innen Teile ihrer körperlichen Funktionen aufrechterhalten können - etwa, indem sie schwitzen und Infektionen durch Fieber bekämpfen. Hirntote beatmete Patient_innen, die künstlich ernährt wurden, verdauten und schieden aus." (10)*

Damit weist EFiD mit „größtem Gewicht" auf alles hin, was an Hirntoten mit unseren menschlichen Sinnen wahrnehmbar ist. Es zeigt ein scheinbar vorhandenes Leben, ein Scheinleben. Vom Tod des Hirntoten ist in dem Positionspapier nichts zu lesen. Darauf scheint EFiD kein „Gewicht" zu legen. Statt dessen vermeidet es EFiD, von „Hirntoten" zu schreiben. Für EFiD sind es „hirntote Menschen" und „hirntote Patienten". Für EFiD sind Hirntote Sterbende und damit noch Lebende. Mit dieser Haltung stellt sich EFiD gegen die Justiz (§ 3 **TPG**) und die Medizin (Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes).

> *Steht ein hirntoter Mensch nicht als Organspender_in zur Verfügung, können Angehörige dabei sein, wenn die Beatmung eingestellt wird, und sehen, wie der Tod eintritt. Wird ein Mensch nach festgestelltem Hirntod*

zum Organspender oder zur Organspenderin, ist eine solche Sterbebegleitung schon deshalb nicht möglich, weil nicht-medizinisches Personal in der Regel keinen Zutritt zum Operationssaal haben. (8)

Sterben endet mit dem Tod des Individuums. Nach diesem ist an Tieren, und damit auch an Menschen, noch das Leben von Organen, Geweben und Zellen zu beobachten, das die Medizin **intermediäres Leben** nennt. Dieses kann, so beim Hirntod, über den Tod des Individuums hinwegtäuschen. Die Forderung der EFiD um Sterbebegleitung von Hirntoten ist daher nicht nachvollziehbar. Der Mensch ist mit dem Eintritt des Hirntods tot. - Auffallend ist hierzu, dass KAO bereits 2013 in ihrer Schrift „Organspende – die verschwiegene Seite“ auf Seite 12: „Ich hatte mich geschämt und ich schäme mich noch heute, dass ich mich habe manipulieren und beim Sterben des Kindes wegschicken lassen, statt es zu begleiten bis zuletzt.“ Auf Seite 14 wird der Rat gegeben: „Bleiben Sie bei Ihrem Kind, es lebt noch, es versteht Sie irgendwie, begleiten Sie es bis zuletzt, das hilft später.“ Auf Seite 10 heißt es: „Ähnlich verhält es sich bei den christlichen Kirchen. In ihren Gesangbüchern finde ich Texte für die Begleitung Sterbender bis zuletzt.“ In der KAO-Broschüre ist die Sterbebegleitung insgesamt 17 Mal genannt. Dies legt den Gedanken nahe, dass sich EFiD von KAO inspirieren oder gar motivieren ließ.

Im Kontext der Organtransplantation ist aus theologischer Perspektive darauf zu bestehen, dass der Schutz des sterbenden Lebens genauso hoch zu bewerten ist wie der Schutz des vom Tode bedrohten, schwerkranken Lebens. (16)

Damit stellt EFiD Hirntote, für die die Medizin nichts mehr machen kann, moralisch auf die gleiche Stufe wie den Organkranken, dem ein neues Organ sein Leben retten könnte.

Theologisch bleibt zudem die Frage, ob es ethisch gestattet ist, in den Sterbeprozess eines Menschen einzugreifen, um Teile von dessen Körper weiter zu verwenden - auch wenn dies aus lautersten Motiven geschieht. (17)

Theologisch stehen dieser Aussage die Worte Jesu entgegen: „Es gibt keine größere Liebe, als wenn einer sein Leben für seine Freunde hingibt.“ (Joh 15,13) Organspender geben nicht ihr Leben hin, dieses ist bereits mit dem Eintritt des Hirntodes beendet, sondern nach ihrem Tod ihre Organe. - „Ein neues Gebot gebe ich euch: Liebt einander! Wie ich euch geliebt habe, so sollt auch ihr

einander lieben.“ (Joh 13,34) - „Wer von diesen dreien meinst du, ist dem der Nächste geworden, der von den Räubern überfallen wurde? Der Gesetzeslehrer antwortete: Der barmherzig an ihm gehandelt hat. Da sagte Jesus zu ihm: Dann geh und handle du genauso!“ (Lk 10,36f).

> *Darüber hinaus gehört zu dem für eine informierte Entscheidung erforderlichen Wissen die Information darüber, dass die Annahme, mit dem Hirntod sei auch das Schmerzempfinden eines Menschen erloschen, nicht wissenschaftlich eindeutig belegt ist. (31)*

Damit stellt sich EFiD gegen die Erkenntnisse der Medizin: Um Schmerzen empfinden zu können, ist zwingend **Bewusstsein** erforderlich. Dies wird für medizinische Laien daran verständlich: So lange wir schlafen, besitzen wir kein Schmerzempfinden. Ist der Schmerzreiz größer als die Tiefe des Schlafes, wachen wir auf und sind wieder bei Bewusstsein. Gleiches gilt auch für **Koma**. Bei Koma des 1. bis 3. Grades gibt es noch Reaktionen auf Schmerzreize, beim 4. Grad gibt es keine **Schmerzreaktion**, ebenso auch bei **Hirntod**. Dazu wird bei jeder **HTD** der **Trigeminus** gereizt und damit ein größtmöglicher Schmerzreiz erzeugt. Hierbei zeigen Hirntote keinerlei Reaktionen. Es ist schlecht vorstellbar, dass den Frauen der EFiD der Inhalt der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes unbekannt ist. Daher ist es unverständlich, dass dieses Positionspapier der EFiD Schmerzempfinden von Hirntoten für möglich hält.

Wie sehr sich EFiD damit gegen die Erkenntnisse der Medizin stellt, wird an den **gemeinsamen Erklärungen** klar, die deutlich sagen, dass Hirntote kein Schmerzempfinden haben:

- **DGAI**, **DGN**, **DGNC**, **BÄK**, **WB-BÄK** (2001)
- **DGN DGNC**, **DIVI** (2002)

Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass nur die **BÄK** etwas mit der Oranspende zu tun haben, alle andere medizinischen Gesellschaften nur etwas mit der Feststellung des Hirntodes. Es besteht bei diesen somit kein Interessenkonflikt.

Auf Seite 66 spricht EFiD einen vermeintlichen geschlechtsspezifischen Nachteil der Frauen an: „Die weitgehend uneingeschränkte Unterstützung der Kirchen für die Werbung um Organspenden nach Hirntod ist auch in geschlechtsspezifischer Hinsicht bedeutsam - jedenfalls dann, wenn dabei das Nächstenliebe-Argument hervorgehoben wird. Denn in noch höherem Maße als kirchlich sozialisierte Männer reagieren Frauen aufgrund der weiter wirkenden

traditionellen Geschlechterstereotype auf diesen Appell.“ Die statistischen Zahlen von Eurotransplant widerlegen diese Aussage deutlich. In den Jahren 2000 bis 2013 haben ausnahmslos mehr Männer ihre Organe gespendet als die Frauen.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frauen	858	825	891	930	969	903	976	1.015	1.001	943	891
Männer	1.037	968	1.054	1.091	1.170	1.100	1.098	1.172	1.189	1.163	1.084

Tab. 5 – Organspende (Tot-Spende) nach Frauen und Männern getrennt.

Es ist auffallend, dass EFiD für dieses 80-seitige Positionspapier 218 Fußnoten aufweist, aber kaum seriöse medizinische Quellen. Auf Kritiker des Hirntodkonzeptes hingegen wird häufig verwiesen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass der Neurochirurg **Dag Moskopp** über dieses Positionspapier schreibt:[1]

> *Der Autor ist von geschätzten Protestanten mehrfach ermuntert worden, dem Positionspapier "Organtransplantation" der Evangelischen Frauen in Deutschland e.V. doch wenigstens im Kern etwas Positives abzugewinnen, da ein guter Ansatz zugrunde liege. Wenn er aber etwa deren Publikation vom 21.10.2013 studiert, kann er sich kaum dazu durchringen. Zu augenscheinlich imponiert stellenweise ein polemisierender Tod. Die ärztliche Kompetenz, den Tod zu definieren und festzustellen, wird ohne triftiges Sachargument in Zweifel gezogen. Vielfache handwerkliche Mängel in der Zitierweise bezüglich Hirntod und Organspende sowie augenscheinlich abstruse Vorstellungen von der Realität auf Intensivstationen innerhalb der Ausführungen der "evangelischen Frauen" wirken wenig sachdienlich. ...*

Als "Fazit" zieht er:[2]

> *Alles in allem lässt sich sagen: Die Evangelischen Frauen in Deutschland e.V. stellen zum Teil unangemessene Forderungen. Und die weiteren Ausführungen in ihrem Positionspapier zum Hirntod bis S. 17 sind ein derartiges Gemisch aus offenbar halbverarbeiteten, angelesenen Teilwahrheiten, dass man sie schlechthin kaum kommentieren kann.*

1 Dag Moskopp: Hirntod, 147.

2 Dag Moskopp: Hirntod, 148.

Wenn Hirntod Teil des Sterbens ist (2013)

Von EFiD erscheint regelmäßig die "Arbeitshilfe zum Weitergeben". In der Ausgabe 2/2013 ist der Artikel "Wenn Hirntod Teil des Sterbens ist".[1] Darin heißt es:

> *Wir betrachten als hirntot definierte Menschen als unumkehrbar sterbende Menschen.*

Da EFiD eine „Sterbebegleitung“ von Hirntoten wichtig ist, schlagen sie vor, dass Hinterbliebene oder von ihnen Beauftragte mit in den OP-Saal gehen und den Hirntoten mindestens bis zum Herzstillstand begleiten. Sie stellen sich dies so vor:

> *Eine solche Sterbebegleitung müsste sicherlich sehr gut vorbereitet und begleitet sein. Dabei müsste das Operationsfeld durch ein großes Tuch abgetrennt sein, so dass die Begleitperson sich ganz auf die Sterbende konzentrieren kann und nicht von medizinischen Einsichten abgelenkt wird.*

Dies ist ein schwer nachvollziebares Wunschdenken, das offensichtlich vom Ablauf der Organentnahme wenig Kenntnis besitzt. An beiden Seiten des Oberkörpers stehen die Transplantationschirurgen. Am Kopf sitzt der Anästhesist mit seinen Geräten ggf. noch mit einer unterstützenden Pflegekraft. Jede weitere Person, die dem Hirntoten räumlich nahe ist, stört bzw. hat gar keinen Platz.

Zudem: Ob die Hinterbliebenen von Hirntoten zu Hause sitzen, auf dem Flur vor den OP-Räumen oder im OP-Saal am Kopfende des Hirntoten, für den Hirntoten spielt das keine Rolle. Sein Leben ist seit Eintritt des Hirntotes beendet.

> *Zweifellos wäre dies mit zusätzlichen Belastungen für das medizinische Personal verbunden, das sich dann deutlicher als bisher damit auseinandersetzen muss, dass der hirntote Mensch erst während der Explantation endgültig stirbt und dass andere Menschen von diesem Tod betroffen sind.*

Wann ist der Mensch „endgültig“ tot? Siehe: **Sterbeprozess**

1 http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/ahzw/2-2013_Wenn%20Hirntod%20Teil%20des%20Sterbens%20ist.pdf

Die normale Form des Abschiednehmens wird nicht durch die Organentnahme erschwert, sondern durch den Hirntod an sich. Auch wenn jemand an der Unfallstelle, durch einen Herzstillstand, durch eine massive Hirnblutung oder einen anderen plötzlichen Tod verstirbt, es ist immer ein Tod ohne Abschiednehmen. Das ist es, was es so schwer macht.

Wie schon in dem Positionspapier wird auch hier wieder auf die möglichen Schmerzen der Hirntoten und in diesem Zusammenhang die Narkose bei der Organentnahme in der Schweiz hingewiesen (siehe oben).

Mit dieser "Arbeitshilfe zum Weitergeben" wird mit medizinisch unhaltbaren Aussagen und Vermutungen Angst und Misstrauen geweckt und geschürt. Bei allem Verständnis und Wohlwollen ist die vorgeschlagene „Sterbebegleitung“ bis in den OP-Saal praktisch undurchführbar,[1] von ihrer Sinnhaftigkeit völlig abgesehen

Du nimmst ihre Geisteskraft zurück (2013)

EFiD veröffentlichte in der "Arbeitshilfe zum Weitergeben" 2/2013 den von Rut Poser verfassten Artikel "Du nimmst ihre Geistkraft zurück. Hirntod und Organtransplantation vor dem Hintergrund der hebräischen Bibel".[2] Darin wird versucht, den Hirntod als unbiblische Todesdefinition darzustellen:

> *Auch wenn die hebräische Bibel vom Hirntod nichts weiß - die heutigen rechtlichen Regelungen zur Organtransplantation basieren auf einem Menschenbild, das dem, was biblisch von menschlichem Leben und Sterben erzählt wird, in vielem widerspricht.*

Die hebräische Bibel, d.h. das Alte Testament, ist ca. 2.000 bis 3.000 Jahre alt. Das Neue Testament ist knapp 2.000 Jahre alt. Die Gesellschaft und das Wissen haben sich inzwischen weiterentwickelt. Wenn die EFiD gegen diese Entwicklung ist, könnte man mit Bibelversen kommen wie: "Der Mann aber ist das Haupt der Frau." (1.Kor 11,3; Eph 5,23), "Die Frau aber ist des Mannes Abglanz." (1.Kor 11,7) und "Wie es in allen Gemeinden der Heiligen üblich ist, sollen die Frauen in den Versammlungen schweigen" (1.Kor 14,33f).

---

1 Der Autor war 2015 bei einer Organentnahme (Lunge und Nieren) im OP-Saal dabei. Es stand ständig mit Abstand in 2. Reihe. Daher weiß er aus eigenem Erleben, wovon er hier schreibt.

2 http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/ahzw/2-2013_Du%20nimmst%20ihre%20Geisteskraft%20zurueck.pdf

Anders als in den auf das Kriterium des Hirntods aufbauenden rechtlichen Regelungen zur Organtransplantation ..., hängt die biblische Bestimmung lebendigen Mensch- bzw. Personseins nicht an der Funktionsfähigkeit des Gehirns.

und

Menschliche Lebendigkeit an die Hirnfunktion zu binden, wie es in zahlreichen Verlautbarungen zur Organtransplantation geschieht, erscheint schöpfungstheologisch zutiefst fragwürdig.

Völlig korrekt, denn „Gehirn“ ist kein Wort der Bibel. Dafür wird jedoch das Herz häufig mit dem in Verbindung gebracht, was wir heute dem Gehirn zuschreiben: Verstand (Hiob 17,4), Verstocktheit (Ex 7,13.22; 9,7.12.35), Weisheit (Spr 2,10), Erkenntnis (Spr 15,14; 18,15; 22,17) und Liebe (Dtn 6,5; 30,6; Mt 22,37; Mk 12,30; Lk 10,27; Röm 5,5; 1.Tim). Niemand wird ernsthaft behaupten, dass ein Mensch mit einem Kunstherz deswegen ein Mensch ohne Verstand, ohne Weisheit, ohne Erkenntnis und ohne Liebe ist.

Da „Gehirn“ kein Wort der Bibel ist, ist es theologisch unseriös, zu behaupten, dass der Hirntod dem biblischen Todesverständnis widerspreche oder „schöpfungstheologisch zutiefst fragwürdig“ sei. Immerhin stellt Rut Poser in ihrem Artikel einen Bezug zum Atem her:

Wie Leben der hebräischen Bibel zufolge körperlich gebundenes Atmen - und zwar Atmen aus dem Atem Gottes - ist, ist Sterben die Rücknahme des menschlichen Atems durch und zu Gott. Biblisch-theologisch ist es deshalb überaus problematisch, den Tod des Menschen an den Tod des Gehirns bzw. den irreversiblen Ausfall von Hirnfunktionen zu knüpfen.

Hirntoten ist jedoch durch den irreversiblen Funktionsausfall von **Großhirn**, **Kleinhirn** und **Hirnstamm** auch das **Atemzentrum** irreversibel ausgefallen. Damit sind Hirntote zu keiner Eigenatmung fähig. Dies wird bei jeder **HTD** mit dem **Apnoe-Test** überprüft. Nach biblischem Verständnis ist damit der Mensch tot, wenn er nicht mehr selbständig atmet, siehe: "Da formte Gott, der HERR, den Menschen, Staub vom Erdboden, und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einem lebendigen Wesen." (Gen 2,7)

Daneben gibt es noch weitere Bibelstellen, die den „Lebensatem“ benennen (Gen 1,30; Num 16,22; 27,16; Jes 57,16, Klgl 4,20; Dan 5,23; Bar 6,24). In Koh

12,7 wird der Tod als die Rücknahme das Atems beschreiben: „... und der Atem zu Gott zurückkehrt, der ihn gegeben hat.“ Umgekehrt gibt es den Hinweis, dass jemand wieder lebendig wird, wenn er wieder atmet: „Da kehrte ihr Lebensatem zurück und sie stand sofort auf. Und er ordnete an, man solle ihr zu essen geben.“ (Lk 8,55)

Es gibt somit zahlreiche biblische Beispiele, die das Leben bzw. den Tod eines Menschen mit dessen Atem verknüpfen. Der **Atemreflex** ist jedoch bei Hirntoten **erloschen**. Daher ist der Hirntod als Tod des Menschen ein Konzept, das in völliger Übereinstimmung mit der Bibel steht.

Der andere Ausweis (2015)

Im Sommer 2015 brachte EFiD für die Frage zur Organspende einen „anderen Ausweis“[1] heraus. Darin heißt es: „Unser Organspende-Ausweis ist anders, weil wir Hirntote für Sterbende halten, deren Sterbeprozess erst mit der Organentnahme endgültig abgeschlossen ist.“

Mit dieser Sichtweise stellt sich EFiD mit protestantischer (Protest!) Haltung gegen das **TPG**, gegen die Justiz und die Medizin, sowie auch gegen die weltweite Anerkennung des Hirntodkonzeptes, Hirntote als Tote anzuerkennen.

Ganz im Sinne ihrer Ideologie hält EFiD es auf ihrem alternativen Organspendeausweis „für wichtig, dass den Angehörigen oder von ihnen benannten stellvertretenden Personen die Sterbebegleitung während der Organentnahme ermöglicht wird, wenn sie dies wünschen.“

Weiter heißt es dort: „Weil niemand mit letzter Sicherheit ausschließen kann, dass Spender_innen während der Organentnahme noch Schmerzen empfinden können, sagen wir: Organentnahme sollte grundsätzlich unter Vollnarkose erfolgen.“

Auch hier stellt sich EFiD gegen das Wissen der Medizin, dass beim **Gesamthirntod** kein Bewusstsein vorhanden ist und damit auch keine Schmerzen wahrgenommen werden können.

„Umfassende Aufklärung zu allen Fragen rund um die Organspende fehlt. Informierte, freie, selbstbestimmte Entscheidung ist so nicht möglich. Bei uns finden Sie diese Informationen, die es Ihnen ermöglichen, frei von Druck Ihre

1 http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leporello_WEBfassung.pdf

eigene Entscheidung zu treffen. Für oder gegen die Bereitschaft, Organe zu spenden.“ So heißt es auf ihrer Internetseite.[1]

Was man jedoch auf dieser Internetseite findet, sind vor allem diese beiden Aussagen: Der Hirntod könne nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden und die Aussage, dass Hirntote möglicherweise noch Schmerzen haben könnten.

EFiD greift mit ihrem „anderen Ausweis“ unnötige Ängste in der Bevölkerung auf und verstärkt sie. Statt hier sachlich aufzuklären und damit die Ängste aufzulösen, werden sie gefestigt.

Die Internetseite bringt dazu noch einige Aussagen, die sachlich falsch sind. Hierzu einige Beispiele:

- Martin Hein zum Hirntod:[2]
  „Über Jahrhunderte galten hierfür die uns bekannten klassischen Todeszeichen wie Leichenstarre oder Todesflecken.“ Diese sicheren Todeszeichen sind noch keine 200 Jahre alt. Noch Ende des 19. Jh. wurde der Tod eines Menschen entweder mit dem Herzstillstand oder Atemstillstand (z.B. Kerze oder Flaumfeder vor Mund und Nase) festgestellt.
  „Denn wir wissen inzwischen auch, dass "hirntote" Menschen über viele Jahre hin bei künstlicher Beatmung am Leben erhalten werden können.“ Zum einen trifft dies nur für Kinder zu. Zum anderen ist dieses „Leben“ ein Zustand, in dem der Körper zwar Stoffwechsel aufweist, dem Hirntoten aber alle **Wahrnehmung erloschen** und seine **Datenbank des Lebens** organisch zerstört ist. Für den Erhalt dieses „Lebens“ braucht der Hirntote ständige intensivmedizinische Versorgung, darunter dauerhaft künstliche Beatmung und künstliche Ernährung.
- Angelika Weigt-Blätgen über die Nächstenliebe:[3] „Denn es gibt genauso gute Gründe, sich dagegen zu entscheiden oder sich nicht zu entscheiden.“ Es mag Gründe geben, sich gegen die Organspende zu entscheiden, aber ob diese gut sind, ist sehr fraglich.

1 https://organspende-entscheide-ich.de

2 https://organspende-entscheide-ich.de/zwischen-hirntod-und-tod-ist-genau-zu-unterscheiden

3 https://organspende-entscheide-ich.de/organspende-als-akt-der-naechstenliebe-empfehlen-dazu-kann-ich-mich-nicht-durchringen

- Susanne Kahl-Passoth über die Hinterbliebenen:[1] „Darum finde ich es wichtig, dass unser Organspende-Ausweis die Angehörigen einbezieht. Damit kann ich es meinen Angehörigen ermöglichen, im Fall des Falles noch einmal abzuwägen, ob sie meiner zu Lebzeiten getroffen Entscheidung zur Organspende auch jetzt zustimmen können.“ Das mag für die Menschen gelten, die eine unsichere Entscheidung getroffen haben. Wer jedoch mit fester Absicht Organspender sein will, der will diesen Wunsch auch ggf. gegen den Willen seiner Hinterbliebenen umgesetzt wissen, ähnlich wie bei der **Patientenverfügung**.

Susanne Krahe zeigt deutlich auf, wie viele Menschen mit dem Thema Organspende umgehen:[2] „Bis zu dieser Diagnose war für mich die Organentnahme die "Ausweidung" eines Menschenkörpers. Eine Niere, die an fremde Adern genäht wurde, verachtete ich als Ersatzteil und die Gier nach solchen Werkstücken, die uns ewiges Leben verheißen, fand ich anmaßend, ja skrupellos.“ Doch plötzlich ändert sich alles: „Ich war gerade dreißig geworden und hatte ohne die Niere eines fremden Toten kaum eine Chance zum Überleben. Jeden Tag führte mein Organismus mir vor, wie schwer ihm ein Sterben mit dreißig Jahren fiel.“ Susanne Krahe griff als Nierenkranke nach dem, was sie zuvor so abgrundtief verworfen hatte.[3]

Aufklärung ohne erkennbare Wirkung

Am 23.01.2017 war Prof. **Dag Moskopp**, Neurochirurg und Klinikdirektor, zusammen mit Margot Papenheim, Mitglied im Präsidium der EFiD und Ilse Junkermann, Landesbischöfin der Evangelischen Kirche in Mitteldeutschland, zum Spiegelsaalgespräch „Hirntodkonzept und seine Bedeutung für die Organspende“ nach Magdeburg eingeladen.[4] Der Mediziner hat versucht, mit allgemein verständlichen Worten und Bildern den Hirntod als den Tod des Menschen darzustellen. Dass Tote keine Schmerzen empfinden können, ergibt

1 https://organspende-entscheide-ich.de/wenn-mein-mann-organspender-wird-betrifft-mich-das-auch

2 https://organspende-entscheide-ich.de/es-gab-eine-zeit-da-war-ich-aus-prinzip-dagegen

3 Der Autor bringt es gerne in dieses Bild: Solange ich auf festem Boden stehe, berührt mich der Ertrinkende wenig, doch wenn ich am Untergehen bin, will ich gerettet werden.

4 https://www.ekmd.de/presse/pressestelle-magdeburg/hirntodkonzept-und-seine-bedeutung-fuer-die-organspende.html

sich in logischer Konsequenz daraus. Diese Podiumsdiskussion zeigte wenig Wirkung:

- Am 17.01.2018 sagte Ilse Falk, EfiD-Vorsitzende: "Hirntote Menschen sind keine Leichen, sondern Sterbende".[1]
- Am 10.09.2018 forderte EFiD-Vorsitzende Susanne Kahl-Passoth eine „Diskussion um den Hirntod“.[2]
- Der Landesverband Evangelischer Frauen in Hessen und Nassau e.V. (EFHN) schloss sich sehr früh der Kampagne "Alternativer Organspendeausweis" an und forderte am 19.09.2018 eine „Diskussion um den Hirntod als alleiniges Todeskriterium“.[3]
- Am 07.11.2018 wurde von der EFiD eine Stellungnahme entschieden, in der es in Artikel 15 heißt: „Nicht die Hirnleistung macht uns zu Menschen, sondern die Beziehung Gottes zu jedem einzelnen Menschen, die diesem vom Beginn bis zum Ende seines Lebens ... zukommt“.[4]
- Frauen der EFiD verteilten am 01.06.2019 beim „Tag der Organspende“ in Kiel ihren „Alternativen Organspendeausweis“.[5]
- Noch heute (April 2020), 3 Jahre nach dem Spiegelsaalgespräch, bietet EFiD ihren „anderen Ausweis“ unverändert an.

Angelika Weigt-Blätgen, EfiD-Vorsitzende, sagte zur Frage der Organspende: „Organspende als Akt der Nächstenliebe empfehlen - dazu kann ich mich nicht durchringen.“[6] Das ist eine deutliche **Demontage eines Ideals**.

---

1 https://twitter.com/kirchehannovers/status/953724941265985536

2 https://www.evangelische-konfoederation.de/nachrichten/nachrichten2018/organspende_braucht_entscheidung

3 https://www.ekhn.de/ueber-uns/kirche-fuer/frauen-und-maenner/frauen-nachrichten/frauen-nachrichten/news/gerlinde-nintzel-erhaelt-katharina-zell-preis.html

4 http://www.pfarrfrauenbund.de/informationen/Pfarrfrauenbund_aktuell_Nr_175.pdf

5 https://www.nordkirche.de/nachrichten/nachrichten-detail/nachricht/tag-der-organspende-in-kiel-startet-mit-oekumenischem-gottesdienst

6 https://organspende-entscheide-ich.de/organspende-als-akt-der-naechstenliebe-empfehlen-dazu-kann-ich-mich-nicht-durchringen

3.5 2015 – Todesfeststellung in Bremen

Die Meldungen

Ab dem 11.01.2015 überschlugen sich die Meldungen über eine unkorrekte Feststellung des Hirnntodes, die sich in Bremen im Dezember 2014 ereignet hatte und jetzt erst bekannt wurde:

- 11.01.: Schwere Panne bei Organ-Entnahme[1]
  Erst in letzter Minute fiel auf, dass der Nachweis fehlte: In einem norddeutschen Krankenhaus wurde ein Mensch ohne die vorgeschriebenen Untersuchungen zum Hirntoten erklärt. Beinahe hätte man ihm Spenderorgane entnommen.
  ... Doch nachdem einer der Chirurgen dem Organspender den Bauch aufgeschnitten hatte, fiel plötzlich auf, dass der Spender womöglich gar nicht tot war: ...

- 11.01.: Schwere Panne bei Organ-Entnahme[2]
  In einem Krankenhaus bei Bremen wurde ein Mensch ohne die vorgeschriebenen Untersuchungen als hirntot erklärt. Beinahe hätte man ihm Spenderorgane entnommen. Die Bauchdecke war bereits geöffnet.

- 11.01.: Krankenhaus bei Bremen: Schwere Panne bei Organ-Entnahme[3]
  Erst in letzter Minute fiel auf, dass der Nachweis fehlte: In einem norddeutschen Krankenhaus wurde ein Mensch ohne die vorgeschriebenen Untersuchungen zum Hirntoten erklärt. Beinahe hätte man ihm Spenderorgane entnommen.

- 12.01.: Panne bei Organentnahme: Hirntod nicht ordnungsgemäß festgestellt[4]
  Wie verschiedene Medien übereinstimmend berichten, soll es bei einer Organentnahme im Dezember letzten Jahres zu einer schwerwiegenden Panne gekommen sein. Offenbar war der Hirntod des Spenders nicht

1 https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankenhaus-bei-bremen-schwere-panne-bei-organ-entnahme-1.2298079

2 http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Panorama/d/5974588/schwere-panne-bei-organ-entnahme.html Zugriff am 4.8.2015.

3 https://organosinfo.wordpress.com/2015/01/12/schwere-panne-bei-organ-entnahme

4 http://www.retter.tv/de/weitere-organisationen.html?ereig=-Panne-bei-Organentnahme-Hirntod-nicht-ordnungsgemaess-festgestellt-&ereignis=28870 Zugriff am 4.8.2015.

ordnungsgemäß festgestellt worden. Die Organentnahme war daraufhin im letzten Moment gestoppt worden. ...

- 12.01.: Ärzte brechen Organentnahme ab[1]
  Wieder gibt es Diskussionen um die Organspende. Ärzte mussten eine Organentnahme stoppen. Die Dokumentation der Hirntod-Diagnose war nicht ganz korrekt.

- 12.01.: Panne bei Organspende: Ärzte stellen fälschlicherweise Hirntod fest[2]
  Ein neuer Organspendeskandal kündigt sich an. Offenbar diagnostizierten Ärzte verfrüht den Hirntod eines Patienten. Die anschließende Organentnahme wird in letzter Minute gestoppt.
  ... Demnach hatten Operateure bereits den Bauch des Spenders geöffnet, als auffiel, dass dessen Hirntod nicht nach den dafür vorgesehenen Regeln diagnostiziert worden war. ...

- Am 12.01.2015 veröffentlichte die BÄK zu dem Vorfall eine Stellungnahme (siehe unten).

- 14.01.: Frau vor abgebrochener Organentnahme hirntot[3]
  Die Patientin, der im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide Organe entnommen werden sollten, war vor der Operation hirntot. Untersuchungen hätten ergeben, dass alle Hirnfunktionen erloschen waren, teilte die Prüfungs- und Überwachungskommission von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer und den Krankenkassen mit. Unabhängig davon sei die Dokumentation unzulänglich gewesen.

- 16.01.: Zwei Koordinatoren - zwei Ergebnisse?[4]
  ... Ein Wechsel der DSO-Koordinatoren während der Organentnahme könnte nach Informationen der "Ärzte Zeitung" die Probleme bei einer Organtransplantation in Bremerhaven verursacht haben.

---

1 https://www.t-online.de/nachrichten/panorama/justiz/id_72465684/organspende-skandal-schwere-panne-in-bremerhavener-klinik.html

2 https://www.n-tv.de/panorama/Arzte-stellen-faelschlicherweise-Hirntod-fest-article14302796.html

3 https://web.archive.org/web/20150115053438/http://www.radiobremen.de:80/wissen/nachrichten/organspende-abgebrochen100.html

4 https://www.aerztezeitung.de/Politik/Zwei-Koordinatoren-zwei-Ergebnisse-236043.html

Nach Recherchen der "Ärzte Zeitung" haben zwei Ärzte des Klinikums unabhängig voneinander den Hirntod der Frau mit Schädelhirntrauma festgestellt. Darauf prüfte ein Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die Hirntodfeststellung und bestätigte sie.
Bis hierher lief der Prozess wohl vorschriftsmäßig ab. Aber dann wechselten angeblich die Koordinatoren. Und während das Entnahmeteam der DSO bereits mit der Operation begonnen hatte, schritt offenbar der neue Koordinator ein.
Er habe entdeckt, dass der Kohlendioxid-Partialdruck im Blut (PCO2-Wert) bei 58 lag und nicht, wie vorgeschrieben, bei 60. Darauf habe der neue Koordinator die Organentnahme abgebrochen. Kurz darauf sei die Frau an Herzversagen gestorben. ...

- 16.01.: Diagnosefehler: Organspende gestoppt[1]
  ... Im Klinikum Bremerhaven musste Anfang Dezember 2014 eine Organentnahme (Explantation) gestoppt werden, nachdem Unregelmäßigkeiten bei der Hirntod-Diagnose der Spenderin aufgefallen waren. ... Wie die Überwachungskommission für Transplantationen versichert, sei die Patientin vor der Entnahme zweifelsfrei hirntot gewesen. Man habe aber "Unzulänglichkeiten in der Dokumentation festgestellt, die zu Unsicherheiten bei den Beteiligten und schließlich zum Abbruch der Organentnahme geführt haben". Auch ein Sprecher des Bremer Gesundheitssenators spricht lediglich von "formalen Mängeln".

- 16.01.: Übertriebene Panikmache[2]
  Wegen Dokumentationsfehlern in einem Bremerhavener Klinikum wurde eine Organentnahme gestoppt. Fest steht aber: Die Patientin war hirntot
  Bundesweit griffen Medien in den vergangenen Tagen einen Fall auf, der sich Anfang Dezember im Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven zugetragen hat: Kurz bevor einer hirntoten Patientin dort die Organe entnommen werden sollten, ließ ein Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) den Eingriff stoppen. Die Diagnose "hirntod" weise Fehler auf.
  Sensationsheischend warfen manche Zeitungen die Frage auf: "Lebte der Spender noch?", ein Fernsehsender behauptete sogar, der operierende Arzt habe kurz vor der Organentnahme bemerkt, dass die Patientin gar nicht tot gewesen sei. Inzwischen bestätigt die Prüfungs- und Überwachungs-

1 https://web.archive.org/web/20160703003443/http://www.onmeda.de:80/g-medizin/diagnosefehler-organspende-gestoppt-3774.html

2 https://taz.de/!5023622

kommission von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer und den Krankenkassen, dass es Fehler in der Dokumentation gegeben habe, die Frau aber zweifelsfrei hirntot war. ...

- 16.01.: Experten beklagen "Täuschung der Öffentlichkeit"[1]
  Nur eine kleine Unzulänglichkeit in der Dokumentation? Experten kritisieren den Umgang der Verantwortlichen mit der überaus fragwürdigen Hirntod-Diagnose in Bremerhaven. Der Fall machte deutlich, wie groß die Unsicherheiten in Sachen Hirntod sind.
  ... Christoph Goetz so: "Es hat klare Handlungsfehler gegeben." Und der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, spricht von "Täuschung der Öffentlichkeit". ... Der Arzt Stefan Schmidt-Troschke, der sich mit dem Verein Gesundheit Aktiv unter dem Motto "Wir wollen ALLES wissen!" für eine "ehrliche Aufklärung über Organspende" einsetzt, betont: "Die Transplantationsmedizin braucht eine Transparenzoffensive. Dazu gehört, dass mit Fehlern offen umgegangen wird." Auch die Problematik um Definition und Diagnose des Hirntodes müsse Teil dieser Aufklärung sein.

- 16.01.: Nach dem Schichtwechsel wurde die Organspende plötzlich gestoppt[2]
  Fälle wie der von Bremerhaven sind aus mehreren Gründen tragisch: Erstens torpedieren sie das Vertrauen in die Organspende - und auch deren Vertrauenswürdigkeit. Zweitens gehen durch die Unzulänglichkeiten bei der Hirntodfeststellung Organe verloren; die Patienten, die zum Teil verzweifelt auf ein lebensrettendes Organ warten, gehen leer aus, wenn Organspenden aufgrund fehlerhafter Tests abgebrochen werden müssen. Und drittens handelte es sich bei der Organspenderin in Bremerhaven nach Informationen der Ärzte-Zeitung um ein Unfallopfer. Die Frau soll einen Organspendeausweis besessen haben. Es war also ihr schon zu Lebzeiten formulierter Wunsch, nach ihrem Hirntod anderen Menschen mit ihrem Herzen oder ihrer Leber ein nicht zu bezahlendes Geschenk zu hinterlassen. Dieser Wunsch erfüllte sich wegen unglücklicher Pannen nicht.

- Am 16.01.2015 gab die DTG eine Stellungnahme zu dem Vorfall ab (siehe unten).

---

1 https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/zwischenfall-bei-hirntod-diagnose-experten-beklagen-taeuschung-der-oeffentlichkeit-1.2305479-0#seite-2

2 https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/zwischenfall-bei-hirntod-diagnose-experten-beklagen-taeuschung-der-oeffentlichkeit-1.2305479-2

- 20.01.: Panne bei Organ-Entnahme - ist ein Hirntoter tot?[3]
  ... So weit die Süddeutsche Zeitung. Sehr geehrte Damen und Herren, wir wissen nicht, ob dies das erste Mal war, dass solch ein Fehler vorgekommen ist. Dieser Vorfall macht aber erneut die sehr komplexe Problematik der Hirntod- Diagnostik deutlich. In diesem Fall wurde der Hirntod nicht korrekt nachgewiesen. Deshalb stellt sich erneut die ganz grundsätzliche und offenbar höchst brisante Frage: Wie sicher ist die Hirntoddiagnostik bei der Organtransplantation? Ist ein hirntoter Patient auch tatsächlich tot? ...

- o.D.: Organopfer: Krankenhaus beginnt Organentnahme-OP ohne Hirntodfeststellung[2]
  Krankenhaus bei Bremen - Schwere Panne bei Organ-Entnahme
  Erst in letzter Minute fiel auf, dass der Nachweis fehlte: In einem norddeutschen Krankenhaus wurde ein Mensch ohne die vorgeschriebenen Untersuchungen zum Hirntoten erklärt. Beinahe hätte man ihm Spenderorgane entnommen.
  (Dazu gibt es noch ein Plakat mit der Aufschrift "Organspende kann tödlich sein".)

Kommunikation ist das, was ankommt

Mit einer wahren Sensationswut übertrafen sich die Medien gegenseitig in ihren mitunter blutrünstigen Berichten. Die ersten Berichte erschienen am 11..01.2015 und 12.01.2015 erschienen die ersten Berichte, noch mit vagen Angaben. Am 12.01.2015 veröffentlichte die BÄK auf ihrer Internetseite hierzu ein Statement:[3]

> *Statement der Prüfungs- und der Überwachungskommission zur Berichterstattung der Süddeutschen Zeitung über eine vermeintlich zweifelhafte Hirntoddiagnostik in einem norddeutschen Krankenhaus*
> *Prüfungs- und Überwachungskommission, in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV Spitzenverband, haben nach eingehender Analyse einer in Frage gestellten Hirntoddiagnostik in einem norddeutschen Krankenhaus auch unter Hinzuziehung weiterer unabhängiger Expertise festgestellt, dass die Organspenderin vor geplanter Organentnahme hirntot war.*
> *Die seit Dezember laufenden Untersuchungen der Kommissionen haben*

3 http://aufwachen2014.blogspot.de/2015/01/panne-bei-organ-entnahme-ist-ein.html

2 http://www.wir-zeitung.com/?p=123493

3 https://web.archive.org/web/20150930143507/http://www.bundesaerztekammer.de/presse/alt-reden-statements/aktuell/transplantation

bisher ergeben, dass sämtliche Hirnfunktionen erloschen waren. Das haben eingehende Untersuchungen nach Anhörungen von Experten und die Sichtung der vorliegenden Unterlagen gezeigt. Unabhängig davon wurden Unzulänglichkeiten in der Dokumentation festgestellt, die zu Unsicherheiten bei den Beteiligten und schließlich zum Abbruch der Organentnahme geführt haben. Für die Kommissionen ist das zwingender Anlass, weitere detaillierte Untersuchungen zum Ablauf sowie persönliche Anhörungen der Beteiligten schnellstmöglich abzuschließen. Die Kommissionen veröffentlichen unmittelbar nach Abschluss der Untersuchungen ihren Bericht.

Dieses Statement wurde von den meisten Medien aufgegriffen. Es wurde weiter darüber berichtet, jetzt mit dem Hinweis, dass die Frau wirklich hirntot war. Ab dem 16.01.2015 erschienen auch Artikel, dass der Fehler in der **HTD** darin bestand, dass beim **Apnoe-Test** statt der geforderten 60 mmHg CO_2 nur 58 mmHg CO_2 abgewartet wurden, bevor man die Frau wieder an die Beatmungsmaschine anschloss.

In der "Stellungnahme des Vorstandes der **DTG** zu den Vorgängen vor einer geplanten Organentnahme in Bremerhaven" vom 16.10.2015 heißt es:[1]

Die DTG weist in diesem Zusammenhang auf die klare und vom Gesetzgeber bewusst vorgenommene Trennung der Aufgaben bzgl. der Hirntoddiagnostik (Entnahmekrankenhaus), Koordination der Organspende (DSO, Deutsche Stiftung Organspende), Organvermittlung (ET, Eurotransplant) und Organtransplantation (Transplantationszentren) hin. Als medizinische Fachgesellschaft vertritt die DTG diejenigen Transplantationsmediziner, die sich um die Bereiche Wartelisten, Transplantation und Nachsorge kümmern. Dazu zählt allerdings nicht eine Zuständigkeit für Fragen der Hirntodfeststellung. Diese Trennung dient nicht nur der Regelung von Zuständigkeiten sondern vor allem der Vermeidung von Interessenkonflikten.
Damit distanziert sich die DTG von der Feststellung des Hirntods. Sie muss jedoch zugestehen, dass es in Bremen ein Entnahmechirurg war, der den Hirntod angezweifelt hatte. Damit steht die DTG sehr wohl in der Kritik, weil sie der vorausgegangenen Feststellung "Hirntod" nicht geglaubt hat. - Dass im Vorfeld etwas[Anm. 5] nicht vorschriftsmäßig gelaufen war, ist ein anderes Thema. Es kann nicht Aufgabe des Entnahmechirurgen sein, die Hirntoddiagnostik anzuzweifeln.

1 http://d-t-g-online.de/images/PM_DTG_16.01.2015.pdf

Am 23.01.2015 erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel zu dem Vorfall. Darin wird die Überwachungskommission mit den Worten zitiert:[1]

> *Wir stellen ausdrücklich klar, dass der Apnoetest, dessen Durchführung in diesem Fall nicht die Vorgaben der Richtlinie zur Feststellung des Hirntods erfüllte, nicht als Dokumentationsfehler gewertet wurde. In den Richtlinien heißt es auch mit Bezug auf den Apnoetest: ‚Die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome kann - außer durch die Verlaufsbeobachtung - alternativ nachgewiesen werden durch Null-Linien-EEG oder Erlöschen evozierter Potentiale oder zerebralen Zirkulationsstillstand'. Eine solche Untersuchung ist in Bremerhaven vorgenommen worden.*

Die nachfolgende Stellungnahme der DTG vom 16.02.2015 und der Artikel im Deutschen Ärzteblatt vom 23.01.2015 kamen für die Medien zu spät. Bereits 5 Tage nach den ersten Berichten ist die Sensation vorbei und die Medien wenden sich einer neuen Sensation zu.

Die medizinischen Fakten

Nähere medizinische Details wurden in den Artikeln, Berichten und Stellungnahmen nicht publiziert. Zu dem am 16.01.2015 veröffentlichten Artikel „Zwei Koordinatoren - zwei Ergebnisse?“ schrieb Andreas Rahn am 17.01.2015 den Kommentar „Grenzwerte aus wissenschaftlicher Sicht“:[2]

> *Ein gemessener PCO2-Wert von 60 liegt aus wissenschaftlicher Sicht bei einer Fehlertoleranz von 5% mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zwischen 60 - 5% (also 57) und 60 + 5% (also 63).*
> *Für einen Wert von 58 gilt Entsprechendes.*
> *Gemessene Werte von 58 und 60 sind bei einer Fehlertoleranz von 5% aus wissenschaftlicher Sicht somit mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht wirklich verschieden.*
> *Diese Verhältnisse sollte man bei der Festlegung von Grenzwerten vorher bedenken. Oder anders herum: macht es überhaupt Sinn, für die Feststellung des Hirntodes derartige Grenzwerte festzulegen?*
> *Aus wissenschaftlicher Sinn wird man das bezweifeln können, es bleibt das Problem, wie man es so hinbekommt, dass mehrere Ärzte zu denselben Ergebnissen kommen (auch das wird man nie zu 100% hinbekommen...).*

1 https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=167394

2 https://www.aerztezeitung.de/Politik/Zwei-Koordinatoren-zwei-Ergebnisse-236043.html

Es bleibt also schwierig. Aber bedenken muss man das - und zwar bevor man solche Kriterien festlegt. Sonst darf man sich nicht wundern, wenn bei 58 abgebrochen wird, was erst ab 60 zulässig ist.

Damit relativierte Andreas Rahn die Bedeutung der Messung von 58 mmHg CO_2 in Bremen. Unerwähnt ist die Antwort auf die Frage, warum diese **HTD** bereits mit 58 mmHg abgebrochen wurde. Wusste der untersuchende Arzt nicht um die geforderte Grenzwerte? War der Arzt in Eile? Arbeitete der Arzt einfach nur schlampig?

Der Apnoe-Test

Alle diese Fragen sind – ohne die näheren Umstände zu kennen - sicherlich zu verneinen. Der Grund für die gemessenen 58 mmHg CO_2 lag sicherlich in der mitunter schwierigen Durchführbarkeit des **Apnoe-Tests**. Diese in einem kurzen Zeitungsartikel medizinischen Laien verständlich zu vermitteln, ist kaum möglich. Daher soll es an dieser Stelle versucht werden:

Unser Atemzentrum liegt im **Hirnstamm**. Von ihm bekommt der Oberkörper den Impuls zur **Spontanatmung**. Wir können zwar über unser **Großhirn** willentlich unseren Atem anhalten (z.B. für eine medizinische Untersuchung oder beim Tauchen), aber diese gelingt uns maximal bis zur Bewusstlosigkeit. Dann übernimmt wieder unser **Atemzentrum** die Kontrolle und wir atmen weiter. Dabei ist für das Atemzentrum der CO_2-Wert ausschlaggebend. Je höher dieser Kohlenstoffdioxid-Wert ist, desto größer wird unser Verlangen nach Atmung. Der Kohlenstoffdioxid-Partialdruck (pCO_2) beträgt bei einem gesundenen Erwachsenen im arteriellen Blut bei 35-45 mmHg. Bei 32-35 mmHg spricht die Medizin von **Hypokapnie**, bei über 45 mmHg von **Hyperkapnie**.

Beim **Hirntod** ist unsere Spontanatmung **erloschen**, da mit dem irreversiblen Funktionsausfall das Atemzentrum für immer ausgefallen ist. Daher benötigen Hirntote ständige künstliche Beatmung. Daher sind Hirntote nur auf Intensivstationen anzutreffen.

Beim **Apnoe-Test**, einem festen Bestandteil jeder **HTD**, wird der Patient (noch ist der Hirntod nicht erwiesen) vom Beatmungsgerät getrennt. Da der Körper organisch noch funktioniert und damit Sauerstoff verbraucht und CO_2 produziert – das Gehirn ausgenommen – steigt der CO_2-Wert an. Damit wird bei einem Komapatienten der Drang zu atmen immer stärker. Seit 1991 schreibt die **BÄK** für den Apnoe-Test einen pCO_2-Wert von mindestens 60 mmHg. vor. Auch in Österreich und der Schweiz gilt dieser Grenzwert, bei dem gesunde Menschen

beginnen, in die sogenannte CO_2-Narkose zu fallen, d.h. unserem **Groshirn** ist dies zu viel CO_2, so dass es nicht mehr ordentlich arbeiten kann. Wir werden ohnmächtig. Unser Atemzentrum ringt mit maximaler Forderung nach Atmung.

Bei Hirntoten ist jedoch die Funktionalität des Atemzentrums **erloschen**. Es erfolgt kein Impuls zur Atmung, selbst bei einem CO_2-Wert von 60 mmHg und mehr. Damit ist für die **HTD** bewiesen, dass auch die **Spontanatmung erloschen** ist.

In der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes aus dem Jahr 1997 – der Vorfall in Bremen ereignete sich im Dezember 2014; die neue Richtlinie trat im Sommer 2015 in Kraft – heißt es in Anmerkung 3b zum Apnoe-Test: „Für Patienten, deren Eigenatmung aufgrund kardio-pulmonaler Vorerkrankungen an einen CO_2-Partialdruck von mehr als 45 mmHg adaptiert ist, gibt es keine allgemein anerkannten Werte des $paCO_2$ für den Apnoe-Test. In diesen Fällen ist der Funktionsausfall des Hirnstamms zusätzlich durch apparative Untersuchungen zu belegen (siehe 3). Dies gilt auch, wenn ein Apnoe-Test wegen Thorax-Verletzungen oder ähnlicher Traumata nicht durchführbar ist."

Mit dieser Anmerkung wird darauf hingewiesen, dass es Krankheiten des Herzens oder/und der Lunge gibt, die es schwer bis unmöglich machen, beim Apnoe-Test die geforderten 60 mmHG pCO_2-Wert zu erreichen.

Aus den vorliegenden Informationen geht nicht hervor, ob in Bremen eine zusätzliche apparative Untersuchung durchgeführt wurde, weil beim Apnoe-Test die geforderten 60 mmHg nicht erreicht wurden.

Es wurde hier bewusst so detailliert auf die **HTD** – insbesondere den **Apnoe-Test** – eingegangen, um dem interessierten Leser aufzuzeigen, welche Kluft zwischen den o.g. Schlagzeilen und der medizinischen Realität besteht. Die Überschriften der ersten Presseberichte zeigen plakativ ein Szenarium auf, das wenig mit der medizinischen Realität zu tun hat.

Das Beispiel Bremen wurde bewusst detailliert beschrieben, um aufzuzeigen, welches medizinische Fachwissen vorhanden sein muss, um die Aussage von 58 bzw. 60 mmHg CO_2-Wert im Sinne der **HTD** richtig einschätzen zu können.

Es besteht daher der dringende Wunsch, dass künftige Artikel über den Hirntod zurückhaltender formuliert oder mit der entsprechenden Fachkenntnis geschrieben werden. Die ersten Zeitungsartikel mit ihren reißerischen Überschriften über die **HTD** in Bremen sind der Organspende keinesfalls zuträglich und stellen damit klar eine **Demontage eines Ideals** dar.

3.6 2015 – Deutscher Ethikrat

Am 24.02.2015 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat (**DER**)die Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“. [1] Von Befürwortern und Kritikern des **Hirntodkonzeptes** wurde diese Stellungnahme begrüßt. Es gab hierzu kaum Kritik.

Die Befürworter des Hirntodkonzeptes können nun sagen, dass die Mehrheit (18 Mitglieder) des **DER** das Hirntodkonzept für richtig erachtet. Damit ist der Zustand des Hirntods dem Tod des Menschen (**Individualtod**) gleichzusetzen.

Kritiker des Hirntodkonzeptes verweisen auf die Minderheit (7 Mitglieder) des **DER**, der diese Gleichsetzung von **Hirntod** und **Individualtod** verworfen hat. Einige **Kritiker** gehen in ihren Äußerungen sogar so weit, dass sie die Angabe um die Minderheit unterschlagen und davon schreiben, dass der **DER** das Hirntodkonzept abgelehnt habe. Einige **Kritiker** leiten von ihrer Verallgemeinerung sogar ab, es müsse die **Dead-Donor-Rule** (Tot-Spender-Regel) aufgegeben werden. Sie besagt, dass vor der Organentnahme der Tod des Organspenders festgestellt sein muss. Diese **Kritiker** übersehen, dass es bei der Gespaltenheit des **DER** auf Seite 167 doch auch eine Übereinstimmung gab:

> *Einstimmig ist der Deutsche Ethikrat der Auffassung, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten ist.*

Da die Minderheit des **DER** sich in ihrer Argumentation gegen das **Hirntodkonzept** so sehr auf die Studie von **Alan Shewmon** stützt, sei hier ein Zitat aus dem Abschlussbericht der Päpstlichen Akademie der Wissenschaft (**PAS**) wiedergegeben. Alan Shewmon im Jahr 2006 von der **PAS** zu einer Tagung über den Todeszeitpunkt eingeladen, konnte aber selbst nicht teilnehmen, sondern nur durch einen Artikel mitwirken. Im Abschlusspapier dieser Tagung[2] heißt es u.a. zu Alan Shewmon und seinen Thesen:

> *An dieser Stelle bekräftigen Prof. Spaemann und Dr. Shewmon angesichts ihrer groben Unterschätzung der Bedeutung des Gehirns für die integrative Funktion des restlichen Körpers, dass die Annahme des Hirntodes als Tod durch Neurologen nicht physikalisch/biologisch, sondern philosophisch ist. (Seite 391)*

---

1 https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf

2 http://www.pas.va/content/dam/accademia/pdf/sv110/sv110.pdf

Aristoteles lehrt uns, nicht nur denen dankbar zu sein, deren Ansichten wir teilen, sondern auch denen, die unterschiedliche Meinungen äußern, denn auch sie haben zur Anregung der Reflexion beigetragen. ... Dr. Shewmon und Prof. Spaemann werden sich vielleicht nie darauf einigen, dass der Tod des Gehirns der Tod des Einzelnen ist. (Seite 388f)

1985 heißt es im Abschlusspapier der **PAS**:[1]

Aus der Diskussion geht hervor, dass der Hirntod das wahre Kriterium des Todes ist, da die endgültige Einstellung der Herz-Kreislauf-Funktionen sehr schnell zum Hirntod führt.

2006 heißt es in der Zusammenfassung eines Abschlusspapiers der **PAS**:[2]

Der Konsens über den Hirntod - Das Kriterium des Hirntodes als Tod eines Individuums wurde vor etwa vierzig Jahren festgelegt, und seitdem ist der Konsens über dieses Kriterium zunehmend gewachsen. Die weltweit wichtigsten Akademien für Neurologie haben dieses Kriterium übernommen, ebenso wie die meisten entwickelten Nationen (USA, Frankreich, Deutschland, Italien, Großbritannien, Spanien, Niederlande, Belgien, Schweiz, Österreich, Indien, Japan, Argentinien und andere), die sich dieser Frage angenommen haben. Leider gibt es in der wissenschaftlichen Welt keine ausreichende Erklärung für dieses Konzept gegenüber der Öffentlichkeit, die korrigiert werden sollte. Wir müssen eine Annäherung der Ansichten erreichen und eine gemeinsame Terminologie festlegen. Darüber hinaus sollten internationale Organisationen versuchen, die gleichen Begriffe und Definitionen zu verwenden, was bei der Formulierung von Rechtsvorschriften hilfreich wäre.

Es ist hier nicht der richtige Ort, um auf die beiden Positionen innerhalb des **DER** zur Deutung des Hirnntodes detalliert einzugehen. Es sollen jedoch die Kritikpunkte dieser Stellungnahme genannt werden:

Am 24.02.2015 veröffentlichten die **DGN**, **DGNC** und die **DGNI** – allesamt neurologische Fachgesellschaften, die nichts mit der Organtransplantation, dafür aber mit der Feststellung des Hirntodes zu tun haben - hierzu eine gemeinsame Stellungnahme. Darin heißt es neben lobenden Punkten in diplomatischer Weise:

1 http://www.pas.va/content/dam/accademia/pdf/sv60pas.pdf

2 http://www.pas.va/content/accademia/en/publications/extraseries/braindeath.html

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften ergänzen in diesem Zusammenhang, dass sich die Fragen in Bezug auf den Hirntod auch stellen, wenn von vorneherein keine Transplantation in Frage kommt. Bei mehr als der Hälfte der Menschen wird der Hirntod diagnostiziert, auch wenn nach der Diagnose keine Organentnahme erfolgt, aus den verschiedensten Gründen.

Zu **DCD** (NHBD), was der **DER** auch ansprachen, hoben diese Fachgesellschaften hervor:

Eine Organentnahme kurz nach einem Herzstillstand (Non heart-beating donor), wie sie in manchen, auch europäischen Ländern zugelassen ist, wird strikt abgelehnt. Insofern bleibt Deutschland hier bei der Organentnahme zurückhaltender, konservativer als andere Länder zugunsten einer fachlich und sachlich unprätentiösen Entscheidungsfindung

Anfang 2016 veröffentlichte Mathias Mindach den Artikel „Wenn wir 'Tod' sagen, dann meinen wir nicht 'Tod'. Der Deutsche Ethikrat und der Hirntod – Anmerkungen aus medizinischer Sicht“. Darin heißt es (Seitenzahl ist in Klammer gesetzt):

Auch hat die Bundesärztekammer keinen Anlass gesehen, in den aktuellen Hirntodrichtlinien vom März 2015 davon abzurücken, dass der Hirntod mit rein klinischer Untersuchung, das heißt ohne apparative Zusatzuntersuchungen, festgestellt werden kann - es wäre verfehlt, dies als Verlegenheitslösung zu bewerten. (71)

Der Tod ist kontextuell. Als der Mensch nichts als seine fünf Sinne hatte, war das Sistieren der Atmung das definitive Kriterium des Todes. Mit der Akzeptanz des Stethoskops wurde der Herzschlag das entscheidende Zeichen. Die Todesfestlegung durch neurologische Kriterien wurde erst mit der technologischen Entwicklung möglich und notwendig; der Terminus "Hirntod" ist insofern unglücklich und verwirrend, als er für etwas anderes als den "eigentlichen" Tod gehalten werden könnte. (72]

In einem langen Exkurs (S. 53ff) legt der Ethikrat sodann die Auffassung einer Reihe von Philosophen zum Tod dar, wobei das letzte Wort Heidegger überlassen wird. Wir erfahren beispielsweise, was Thomas von Aquin über den Tod dachte. Aber es scheint für den Rat uninteressant, sich die pathophysiologischen Abläufe zu vergegenwärtigen, die dem Hirntod zugrunde liegen. Damit hätte allgemeinverständlich

herausgearbeitet werden können, dass es sich bei den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Hirntodfeststellung nicht um willkürliche Setzungen handelt, die je nach metaphysischer Vorliebe modifiziert werden könnten. (73)

Das Hirntodkonzept ist nicht in erster Linie für die Transplantation geschaffen worden - das ist ein verbreiteter Irrtum, dessen Bekämpfung lohnend gewesen wäre -, auch wenn es dafür einen sicheren Scheidepunkt liefert. (74)

Die Position B wird von sieben der insgesamt 26 Mitglieder des Ethikrats vertreten. Es sind dies die Vorsitzende, Frau Prof. Christiane Woopen (Professur für Ethik und Theorie der Medizin; eine "sturmerprobte Katholikin", FAZ vom 26.09.2014), drei Juristen (davon einer zeitweise der Synode der Evangelischen Kirche angehörig) und zwei Theologen. Ein Mediziner mit klinischer Erfahrung oder gar Kenntnissen der Neurologie oder Intensivmedizin ist nicht darunter. (76)

Am 21.05.2018 schrieb Angela Speth in ihrem Artikel „Gefangen im Niemandsland: Eine „chronisch Überlebende“ entfacht die Diskussion um Trennlinie zwischen Leben und Tod neu“ zu dieser Stellungnahme:

Obwohl einige Mitglieder das Absterben des Gehirns als Kriterium für den Tod ablehnten, hielten sie in einer Stellungnahme paradoxerweise die Organentnahme bei Hirntoten für gerechtfertigt.

Der drei neurologischen Fachgesellschaften haben zu dieser Stellungnahme des **DER** eine Prognose abgegeben:

Zum ersten Mal wird in der Stellungnahme des Ethikrates in dieser Ausführlichkeit auch zu Fragen der Information, Aufklärung und Beratung Stellung genommen. Nicht ausreichende Information und Aufklärung war in der Vergangenheit manches Mal Ursache für Missverständnisse und Konflikte und schließlich für eine stark zurückgegangene Bereitschaft zur Organspende.

Wie die Zeit lehrte, haben sich diese hoffnungsvollen Worte leider nicht erfüllt. Die **Kritiker** verwenden diese Stellungnahme des **DER**, um damit zu sagen, dass selbst der **DER** das Hirntodkonzept verworfen habe:

Insofern betrieb die Stellungnahme des **DER** auch **Demontage eines Ideals**.

3.7 2018 – Eine Anordnung aus Bayern

Am 13.02.2018 hatte das AG Würzburg (25 XVII 208/18) eine „Anordnung einer Betreuung für eine Schwangere mit Ausfall der Hirnfunktionen“ zu treffen. Damit wird das Lebensrecht des ungeborenen Kindes sichergestellt. Neben dem **Therapieende** und der **Organentnahme** stellt dies die 3. Möglichkeit dar, wie nach der Feststellung des Hirntodes mit dem Hirntoten zu verfahren ist. Dies kommt in Deutschland etwa alle 5 Jahre einmal vor.

Die Anordnung

Das Besondere an der Anordnung des AG Würzburg war nicht die getroffene Anordnung an sich, sondern die Ablehnung des Hirntodes als Tod des Menschen. Entgegen der dem AG Würzburg vorliegenden ordnungsgemäßen Feststellung des Hirntodes durch die geforderten Ärzte, erkannte der Richter den Tod der **schwangeren Hirntoten** nicht an. Die Begründung lässt durchblicken, dass es hierbei nicht um Recht und Gesetz ging, sondern um eine persönliche Haltung des Richters:

> *Angesichts der oben getroffenen Feststellungen orientiert sich das Gericht bei der Beurteilung seiner Zuständigkeit bzgl. des vorliegenden Falles an folgenden Gesichtspunkten:*
>
> *- Eine für alle Rechtsgebiete zwingend geltende einheitliche Definition des Todes hat der Gesetzgeber im TPG nicht verankert.*
>
> *- Soweit aus den Materialien ersichtlich, war die im vorliegenden Fall zu entscheidende Fragestellung, nämlich ob einer schwangeren Frau, die aufgrund von Verletzungen die Funktionsfähigkeit ihres Gehirns einbüßt hat, ein Betreuer bestellt werden kann, damit ihre Interessen im Rahmen der Behandlung während der Schwangerschaft wahrgenommen werden können, nicht Gegenstand der Beratungen oder Entscheidungen des Gesetzgebers.*
>
> *- Ein Betreuungsbedarf würde entfallen, wenn es sich bei der Betroffenen um eine Leiche handeln würde. Bei einer Leiche stellt sich die Frage nach einer weiteren medizinischen Behandlung nicht. Eine Behandlung würde auch dann nicht indiziert sein, wenn von vornherein feststünde, dass die Schwangerschaft nicht ausgetragen werden kann.*
>
> *- Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche. Die traditionellen "sicheren Todeszeichen" - Leichenflecken, Leichenstarre, Verwesung -*

liegen nach Auskunft des Arztes Dr. … von der Klinik für Anästhesiologie der Uniklinik Würzburg nicht vor.Dagegen sind zahlreiche Lebenszeichen gegeben: das Herz schlägt (ohne Impulsgebung durch das Gehirn), das Blut zirkuliert in den Adern und erreicht fast alle Körperteile, die Sauerstoffanreicherung des Bluts in den Lungenbläschen funktioniert, das vegetative Nervensystem ist intakt, Nahrung wird im Verdauungstrakt verwertet und die Nährstoffe werden aufgenommen, das Blut wird gereinigt, die Ausscheidung von Abfallstoffen über den Darm sei intakt, ebenfalls das Immunsystem, das Knochenmark produziere laufend neue Blutkörperchen, spinale Reflexe seien vorhanden, Haare und Nägel wachsen, bei oberflächlicher Verletzung würde die Betroffene zunächst bluten und anschließend die Wunde heilen.Trotz des Ausfalls der Gehirnfunktion ist der Körper der Betroffenen als Ganzes lebendig - abzüglich des Gehirns. Viele Lebensvorgänge sind von der Funktionsfähigkeit des Gehirns offenbar unabhängig.

- Die Betroffene ist schwanger. Das Kind in ihrem Leib lebt und entwickelt sich. Ein Körper, der zum Austragen einer Schwangerschaft fähig ist, ist lebendig. Leichen sind nicht in der Lage, eine Schwangerschaft auszutragen. Die Prognose bzgl. der Schwangerschaft ist nach Auskunft des Arztes Dr. … nicht von vornherein aussichtslos.

- Die Betroffene ist in vergleichbarer Weise lebendig wie andere bewusstlose und beatmete Patientinnen bzw. Patienten auf der Intensivstation. Hätte die Betroffene noch einen hirngesteuerten Reflex (z. B. den okulo-zephalen Reflex) vorzuweisen (s. Hirntodprotokoll Ziff. 2), wäre sie nach den Richtlinien zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall nicht tot, sondern lebendig. Das Gericht kann zwischen dem Zustand, bei dem ein hirngesteuerter Reflex erhalten geblieben ist, und dem Zustand nach Wegfall dieses Reflexes keinen für das Betreuungsrecht maßgeblichen Unterschied erkennen. Eine Schwangere mit schwerster Hirnschädigung und Funktionserhalt eines einzigen Hirnreflexes ist in der gleichen Weise von maschineller Unterstützung abhängig und in gleicher Weise auf die Wahrnehmung ihrer Interessen durch Dritte angewiesen, wie eine Schwangere ohne einen solchen Reflex.

Angesichts dieser Überlegungen sieht sich das Gericht nicht gehindert, einen Betreuer zu bestellen, und bejaht die sachliche Zuständigkeit des Betreuungsgerichts. … Das Gericht folgt im Ergebnis, nicht jedoch in der Begründung, der Entscheidung des AG Hersbruck vom 16.10.1992 (NJW

92, 3245).

Der Richter handelte damit äußerst taktisch, wie er es selbst in diesem letzten zitierten Absatz formulierte: Dem Ergebnis nach stellte diese Anordnung das Lebensrecht des ungeborenen Kindes sicher. In der Begründung kam die persönliche Haltung des Richters zum Vorschein. Da die Anordnung juristisch nicht zu beanstanden ist, gibt es keinen juristischen Grund, das Urteil aufzuheben. Allein wegen der persönlichen Haltung des Richters in der Begründung wird man diese Anordnung nicht aufheben. Somit ist diese Anordnung eine juristische Trickserei von allerhöchster Güte.

Es könnte sein, dass diese Anordnung von Rainer Beckmann getroffen oder mit seiner Unterstützung so verfasst wurde. Dafür sprechen, dass er von 2010-2018 Richter am AG Würzburg war,[1] wie auch „Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin sowie seit 1997 stellvertretender Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. (Köln) und seit 2001 Schriftleiter der Zeitschrift für Lebensrecht."[2] Seine Ablehnung des Hirntodkonzeptes brachte er in entsprechenden Artikeln deutlich zum Ausdruck, wie z.B. 2009 „Der Hirntod: Kein sicheres Todeszeichen!",[3] 2011 „Der "Hirntod" - die unsicherste Diagnose der Welt",[4] 2012 „Der "Tod" des Organs Gehirn ist nicht der Tod des Menschen"[5] und „Hirntot = wirklich tot?".[6] Die in der Anordnung vom 12.08.2018 aufgeführten Gründe, weswegen der Hirntod nicht als Tod des Menschen anerkannt wird, sind mit den Äußerungen identisch, die in den hier genannten Artikeln nachzulesen sind. Gegen diese Urheberschaft Reiner Beckmanns für die Anordnung spricht, dass er zum 01.01.2019 vom Amtsgericht Würzburg an das Amtsgericht Gemünden versetzt und zum weiteren aufsichtführenden Richter ernannt wurde.[7]

---

1 http://www.rainerbeckmann.de/zur-person

2 https://de.wikipedia.org/wiki/Rainer_Beckmann_(Jurist)

3 http://www.rainerbeckmann.de/wp-content/uploads/2011/02/Beckmann_Hirntod_LF1-2010.pdf

4 https://zfl-online.de/media/zfl_2011_4_109-140.pdf

5 https://aerzte-fuer-das-leben.de/pdftexte/09-03-12-beckmann-hirntod-organspende.pdf

6 http://www.rainerbeckmann.de/wp-content/uploads/2012/04/RB-Hirntod-LF_1-2012.pdf

7 https://www.mainpost.de/regional/main-spessart/Rainer-Beckmann-ist-neuer-Richter-am-Amtsgericht;art129810,10148943

Wie sich diese Anordnung mit dem in Bayern zu leistenden Richtereid (Bayerisches Richter- und Staatsanwaltsgesetz (BayRiStAG) Vom 22. März 2018, Art. 3) verbinden lässt, bleibt offen:

> *Ich schwöre, das Richteramt getreu dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, getreu der Verfassung des Freistaates Bayern und getreu dem Gesetz auszuüben, nach bestem Wissen und Gewissen ohne Ansehen der Person zu urteilen und nur der Wahrheit und Gerechtigkeit zu dienen, so wahr mir Gott helfe.*[1]

Verstöße gegen ...

Mit der Ablehnung des Hirntodes als Tod des Menschen verstößt das AG Würzburg gegen verschiedene Gesetze, Vorschriften und Richtlinien:

1. § 3 Abs. 1 TPG: "der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist "
2. § 3 Abs. 2 TPG: "Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn
   1. die Person, deren Tod festgestellt ist, der Organ- oder Gewebeentnahme widersprochen hatte,
   2. nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist."
3. der "Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG" - eine vom BMG am 30.03.2015 genehmigte Richtlinie:[2]
   1. "Ein spezielles Verfahren zur Feststellung des Todes ist die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (sog. "Hirntoddiagnostik")." (1)
   2. "Regeln zur Feststellung des Todes" (2)
   3. "Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms

1 https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayRiStAG-3

2 Diese Richtlinie wurde am 31.01.2015 von der **BÄK** beschlossen und am 30.03.2015 vom Bundesminsterium für Gesundheit genehmigt.
Die in Klammer gesetzte Zahl gibt die Seite in dieser Richtlinie an.

(irreversibler Hirnfunktionsausfall) ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt." (2)

4. "Die in dieser Richtlinie dargestellten Verfahrensregeln zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation, dienen der Todesfeststellung in der Intensivmedizin." (2)
5. "Mit der Veröffentlichung dieser Vierten Fortschreibung der Richtlinie wird die Hoffnung verbunden, möglichen Unsicherheiten und Ängsten in diesem sensiblen Feld der Intensivmedizin auf verständliche und nachvollziehbare Weise entgegenzutreten und so das Vertrauen in die richtlinienkonform durchgeführte sichere Todesfeststellung weiter zu stärken." (2)
6. "Die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls in der Intensivmedizin stellt dagegen ein spezielles Verfahren zur Todesfeststellung dar und hat in die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern Eingang gefunden." (4)
7. "Die Einrichtung, in deren Auftrag die den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellenden und protokollierenden Ärzte tätig werden, etabliert ein geeignetes Verfahren zur Qualitätssicherung der Todesfeststellung in einer Arbeitsanweisung und überprüft dieses regelmäßig auf Weiterentwicklungsbedarf." (5)
8. "Festgestellt wird nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes. Als Todeszeit wird die Uhrzeit registriert, zu der die Diagnose und die Dokumentation des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls abgeschlossen sind." (5)
9. "Für die Todesfeststellung sind die Unterschriften beider Ärzte auf dem abschließenden Protokollbogen zu leisten." (5)
10. "Die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls stellt dagegen ein spezielles Verfahren zur Todesfeststellung dar und hat auch in die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern Eingang gefunden." (10)
11. "Gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG ist Voraussetzung für die Zulässigkeit der Entnahme von Organen oder Geweben, dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist." (10)

12."Die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls stellt ein spezielles Verfahren zur Feststellung des Todes im Kontext des TPG dar." (15)

13."Die "Bestätigung des Todes bei Vorliegen eines anderen sicheren Todeszeichens gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG i. V. m. § 5 Abs. 1 TPG" (Anlage 3) wurde an die Regelungen des Gewebegesetzes sowie die aktuelle Nomenklatura der Richtlinie angepasst." (16)

14."Feststellung des Todes (auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung [Leichenschauschein])" (23)

15."Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am _____ um ____ Uhr" (23 und 25)

16."Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde bei mindestens 4 klinischen Untersuchungen (je 2 beim ersten und je 2 beim zweiten Untersuchungsgang) und die Befunde/Befundberichte der ergänzenden Untersuchungen mit denen von Protokollbögen Nrn. ___ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen." (25)

4. "Bestätigung* des Todes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG i. V. m. § 5 Abs. 1 S. 1 TPG" (26)
   der "Todesbescheinigung" des Freistaates Bayern, in der Hirntod neben "Totenstarre", "Totenflecke", "Fäulnis", "Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind" und "Reanimationsbehandlung" als "Sichere Zeichen des Todes" aufgeführt sind. - In diesem Zusammenhang sei auch auf die Todesbescheinigungen anderer Bundesländer verwiesen, die auch den Hirntod als sicheres Todeszeichen ausweisen.

5. Mit dem Verweis auf dieses Gerichtsurteil könnten künftige Urteile um die Behandlungskosten von Hirntoten anders ausfallen (siehe nachfolgende Beispiele)

Die Verweigerung, Hirntote - auch schwangere Hirntote - als Tote anzuerkennen hat somit weitreichende Folgen. Dabei erhebt diese Liste noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Beispiel 1 - Behandlungskosten

Nach einer Pressemitteilung vom 26.02.2016 wurde in Worms an einem Patienten der Hirntod festgestellt, aber die Hinterbliebenen akzeptierten – wie

das AG Würzburg – den Hirntod nicht als Tod des Menschen an und forderten die Fortsetzung der intensivmedizinischen Behandlung. Hierzu ließ sich die Klinik von den Hinterbliebenen eine Erklärung unterschreiben, wonach sie bereit sind, für die dafür anfallenden Behandlungs-kosten aufzukommen. Die Klinik therapierte wunschgemäß bis zum Herzstillstand weiter und stellte eine Rechnung von rund 27.000 Euro. Nun wollten bzw. konnten die Hinterbliebenen nicht zahlen. Dieser Rechtsstreit ging an das Landgericht Mainz, wo ein Vergleich geschlossen wurde.[1]

Künftig könnten Hinterbliebene damit argumentieren, dass das AG Würzburg mit der Anordnung vom 13.02.2018 den Hirntod als den Tod des Menschen abgelehnt hat. Damit seien Hirntote juristisch als (noch) Lebende anzusehen. Daher bestünde noch Versicherungsschutz

Beispiel 2 – Eherecht

Wenn der Fall von Würzburg zu Grunde gelegt wird – im Februar 2018 wurde der Hirntod der Schwangeren festgestellt, im Juni, d.h. 4 Monate später, wurde das Kind in der 31. SSW entbunden[2] und damit auch die intensivmedizinische Therapie der Mutter beendet – wäre es theoretisch möglich, dass der Ehemann der schwangeren Hirntoten im März eine unverheiratete Frau kennen- und lieben lernt. Die beide wollen schnell heiraten und setzen den Hochzeitstermin auf den Mai 2018.

Nach bürgerlichem Recht, was in diesem Falle sicherlich greifen würde, ist der Ehemann seit der Feststellung des Hirntodes seiner Frau im Februar 2018 Witwer und könnte sofort wieder heiraten. Nach dem Urteil des AG Würzburg würde die Schwangere jedoch bis zur Geburt ihres Kindes im Juni leben. Danach würde der Mann rund einen Monat in einer Doppelehe (Bigamie) leben, was nach § 1306 BGB nicht sein dürfte, diese Ehe dürfte bis zum Therapieende im Juni 2018 nicht geschlossen werden.

Beispiel 3 – Erbrecht

Ein junges Ehepaar - sie hat noch eine Schwester, er noch einen Bruder - übernimmt am 01.03.2028 notariell den in A-Stadt gelegenen Familienbetrieb

1 https://archiv.initiative-kao.de/kao-aktuell-26-02-16-2-urteil-kostenbeteiligung-hirntot-organspendewiderspruch.html

2 https://www.reguvis.de/betreuung/aktuelles/termine/newsdetails/artikel/zur-anordnung-einer-betreuung-fuer-eine-schwangere-mit-ausfall-der-hirnfunktionen-sog-hirntod-32405.html

(eine Gaststätte), in den der Bräutigam eingeheiratet hat. Am gleichen Tag legen sie auch notariell fest, dass im Falle des Todes dem Überlebende den Betrieb zufällt. Am 12.10.2029 sterben beide Eltern des jungen Ehepaares bei einem Flugzeugabsturz. Das junge Ehepaar verunglückt am 01.05.2030. Beide liegen mit schwerem Schädelhirntrauma auf einer Intensivstation und müssen künstlich beatmet werden. Am 05.05.2030 wird an ihr der Hirntod festgestellt. Da sie schwanger ist, wendet sich der behandelnde Arzt an das zuständige Amtsgericht und bittet um Einsetzung eines Betreuer, um das Lebensrecht des ungeborenen Kindes zu schützen. Am 08.05.2030 erlässt das AG A-Stadt eine Anordnung wie das AG Würzburg vom 13.02.2018, setzt aber, da der Kindsvater diese Aufgabe nicht erfüllen kann, die Schwester der schwangeren Hirntoten ein.

Soweit ist noch alles klar. Nun stirbt der Ehemann am 18.05.2030 und das ungeborene Kind am 22.05.2030, worauf noch am gleichen Tag die künstliche Beatmung der Mutter ausgeschaltet wird. Somit bleibt ihr am 22.05.2030 das Herz stehen. Da das Ehepaar keine weiteren Kinder hatte und kein Testament verfasst hatte, stellt sich nun die Frage, wer den Famlienbetrieb erbt. Beide Geschwister haben reges Interesse an der Gaststätte: Die Schwester will die Gaststätte haben, um sie zu verkaufen. Der Bruder will seine Stelle als Koch kündigen und die Gaststätte weiterführen.

Nach dem geltenden Recht verstirbt die Ehefrau am 05.05.2030 (Hirntod). Damit ist der schwerverletzte Ehemann der alleinige Inhaber der Gaststätte. Da dieser am 18.05.2030 stirbt, ist sein Bruder der Erbe der Gaststätte.

Nun hat aber mit der Anordnung vom 08.05.2030 das AG A-Stadt den Hirntod nicht als Tod der Ehefrau anerkannt. Darin sieht nun die Schwester ihre Chance und legt mit ihrem Anwalt unterstützt eine andere Version dar: Die Feststellung des Hirntodes sei eine rein medizinische Feststellung ohne juristische Relevanz. Das würde die Anordnung des AG A-Stadt deutlich belegen. Damit steht fest, der Ehemann ist am 18.05.2030 gestorben, die Ehefrau am 22.05.2030. Damit falle ihr der elterliche Gasthof zu.

Da Schwester und Bruder in A-Stadt wohnen, ist für diesen Prozess auch das Gericht in A-Stadt zuständig. Die Richter in A-Stadt kennen sich gut. Wie soll nun der Richter diesen Rechtsstreit klären, bei dem beide Parteien nach dem Prinzip alles-oder-nichts verfahren?

Nach dem Verständnis des Autors soll das Recht das Leben klären, nicht verkomplizieren. Doch genau dies hat die Anordnung vom 08.05.2030 verursacht. Es entstand ein Rechtsstreit, wo keiner hätte sein müssen.

Beispiel 4 – leichte Körperverletzung

Wenn – nach Anordnung des AG Würzburg – Hirntote keine Leichen sind, müssen sie Lebende sein, denn einen Zwischenzustand zwischen Leben und Tod kennt das Recht und die Medizin nicht. Hierzu lässt sich dieser Fall konstruieren:

In bösartiger Absicht klemmt Herr A. der künstlich beatmeten, auf der Intensivstation liegenden Frau B. um Mitternacht – wie es schon **Xavier Bichat** in seinen Tierversuchen gemacht hat - die Halsarterien ab, so dass an ihr 2 Tage später der Hirntod festgestellt wird. Alle Hinweise führen zu Herrn A., der auch geständig ist.

Da – nach dem Anordnung des AG Würzburg – Frau B. zwar hirntot, aber „keine Leiche“ ist, ist es kein Mord, sondern nur eine vorsätzliche Körperverletzung. Mit dem Standpunkt von Anna Bergmann sind beim Hirntod nur 3% des Menschen tot, 97% leben noch,[1] könnte die Verteidigung somit nach § 223 StGB auf einfache (leichte) Körperverletzung plädieren.

Fazit

Insbesondere die Beispiele 1 und 4 zeigen auf, dass es nicht nur medizinischer, sondern auch juristischer Nonsens ist, den Hirntod nicht als den Tod des Menschen anzuerkennen.

Gericht und Gutachten

Richter können nicht auf allen Gebieten echte Fachleute sein. Selbst innerhalb des Rechts spezialisiert sich einer für Staatsrecht, der andere für Verfassungsrecht, ein weiterer für Strafrecht und einer für Zivilrecht, um nur einige große Bereiche des Rechts zu nennen.

Hat ein Richter ein Urteil in einem Streitfall zu fällen, der auch außerhalb des Rechts liegt, z.B. die Statik eines eingestürzten Gebäudes oder die kinetische Energie bei einem Verkehrsunfall, so zieht er hierzu Gutachter hinzu, die ihn hierbei beraten. Das Gutachten der Fachleute bildet für den Richter die Grundlage für das zu fällende Urteil. Es wäre anmaßend und höchst unklug, wenn er sich über ein Gutachten hinweg entscheidet und ein dem Gutachten widersprechendes Urteil fällen würde. Wenn sich der Richter mit der Annahme eines Gutachtens schwer tut, kann er ein 2. und 3. Gutachten anfertigen lassen.

1 https://www.petra-joumaah.de/lokal_1_1_75_Niedersachsen-im-Gespraech-zum-Thema-Organspende.html

Wenn diese jedoch alle die gleiche Aussage treffen, hat sich der Richter – wenn auch zähneknischend – nach diesen Gutachten zurichten.

Bei der Anordnung des AG Würzburg lag dem Richter nicht nur ein Gutachten vor, sondern eine ärztliche Todesbescheinigung. Dass diese ihm nicht behagte, ist daran zu erkennen, dass er bei dem Arzt nachgefragt hat, ob die „traditionellen 'sicheren Todeszeichen' - Leichenflecken, Leichenstarre, Verwesung“ vorliegen. Diese Frage wurde verneint. Dies war für den Richter Grund genug, um den Hirntod der Schwangeren nicht als deren Tod anzuerkennen. Damit verwarf der Richter mit der Todesfeststellung die Fachkompetenz der Medizin, die weltweit mit sehr hoher Übereinstimmung unter Medizinern und Juristen den Hirntod als den Tod des Menschen anerkennt.

Wenn es darum geht, ein Menschenleben selbst in den hoffnungslosesten Zuständen zu retten, wird nach den Ärzten gerufen. Um außerhalb der Intensivstation das Leben vom Tod zu unterscheiden, insbesondere bei Erfrierungen, wird nach der Fachexpertise eines Arztes gerufen. Wenn es um das Urteil geht, ob ein Hirntoter ein Lebender oder ein Toter ist, wird die Fachkompetenz der Ärzte negiert und die eigene Meinung über deren Wissen gestellt. Diese Haltung kann nicht nachvollzogen werden.

Folgen der Anordnung

Die Anordnung des AG Würzburg blieb nicht unbemerkt. Die **Kritiker** des Hirntodkonzeptes nutzen freudig darüber zur Untermauerung ihrer Hypothese, dass Hirntote Sterbende und damit noch Lebende seien. Ihnen ist nicht bewusst, dass in der Anordnung des AG Würzburg die Ablehnung des Hirntodes als Tod der Schwangeren nur den Stellenwert einer Randbemerkung hat. Von den meisten **Kritikern** wird es – da es aus einem Gericht stammt - als Gerichtsurteil gesehen:

- Die Rechtsanwälte Ingo und Uwe Friedrich zitieren auf Seite 14 mit dem Satz "Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche" beginnend die Begründung des AG Würzburg und verlinken auf die Seite mit der Anordnung.[1]
- Roberto Rotondo zitiert auf seiner eigenen Internetseite nur den einen Satz: "Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche." und verlinkt auf die Seite

1 https://www.dr-friedrich-partner.de/pdf/0%20web2-mb_%20pv-w-snf-270c819_%20nf.pdf

mit der Anordnung.[1]

- Roberto Rotondo zitiert auf Facebook nur den einen Satz: "Das Gericht sieht in der Betroffenen keine Leiche." und verlinkt auf die Seite mit der Anordnung.[2]
- Die Gruppe KAO postete das Würzburger Urteil in Facebook: "Brisanter aktueller Artikel über die Geburt eines gesunden Kindes, fünf Monate ausgetragen von einer ' hirntoten' Schwangeren. Der Fall, der sich 2018 in Würzburg ereignete, zeigt die ganze Widersprüchlichkeit des Hirntodkonzepts."[3]
- Die Tageszeitung "Die Tagespost" veröffentlichte am 13.12.2019 zum Würzburger Urteil einen Artikel mit der Überschrift "Kann eine tote Frau ein Kind gebären?"[4]
- Wolfram Höfling lobte „die Begründung, die Aufmerksamkeit und Zustimmung verdient.“[5]

Mit dem Verweis auf dieses „Urteil“ versuchen die **Kritiker** Menschen davon zu überzeugen, dass die Gleichsetzung von Hirntod und Tod auch juristisch abgelehnt würde. Dies widerspricht jedoch der gängigen Rechtspraxis sowie der klinischen Praxis. Von daher ist diese vom AG Würzburg getroffene Anordnung eine **Demontage eines Ideals**.

1 https://www.gleauty.com/XX/Unknown/171584449595186/Organspende

2 https://es-la.facebook.com/pages/category/Medical-Company/173835285998912/posts

3 https://ms-my.facebook.com/InitiativeKAO/posts/2528585277421258

4 https://www.die-tagespost.de/leben/glauben-wissen/Kann-eine-tote-Frau-ein-Kind-gebaeren;art4886,203834

5 Wolfram Höfling: Irreversibler Hirnfunktionsausfall während der Schwanngerschaft. In: MedR (2020) 28, 14. Nach: https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/irreversibler-hirnfunktionsausfall-w-hrend-der-schwangerschaft-UaR0Cn5zbD?impressionId=5e837c3346c70&i_medium=docview&i_campaign=recommendations&i_source=recommendations

Fazit

Mediziner und Gerichtsmediziner – letztere oft als Brücken zwischen Medizin und Recht angesehen – haben sich nachweislich in den 1960-er und 1970-er Jahren sehr intensiv mit dem Hirntod und seiner anthropologischen Bedeutung beschäftigt. Für sie ist das Thema klar. Daran haben sich auch keine der „neuesten Erkenntnisse“ geändert, wie nach 15 Jahren nach Erscheinen der Studie von **Alan Shewmon** diese bezeichnet wurden. Am 12.10.2018 veröffentlichte ein Arbeitskreis der **BÄK** die Übersichtsarbeit „Bedeutung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als sicheres Todeszeichen“.[1] Darin wird in Deutschland von hoher Institution die Studie von **Alan Shewmon** und seine Argumente gegen das Hirntodkonzept aufgegriffen, aber in seiner Interpretation verworfen.

Die **gemeinsamen Erklärungen** medizinischer Gesellschaften lassen erkennen, wie müde sie es sind, immer wieder darauf hinzuweisen, dass Hirntote Tote sind. Eine wissenschaftliche Aufarbeitung des Hirntodes nach 13 Jahren **TPG** und über 60 Jahren **Hirntodkonzept** steht im deutschen Recht noch aus. Es ist dringend erforderlich, dass dies in den nächsten Jahren erfolgt, um solche Anordnungen künftig zu verhindern, wie sie 2018 vom AG Würzburg getroffen wurde.

1 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Hirnfunktionsausfall_Artikel.pdf

3.8 2019 – Die sachliche Reportage der ARD

Julia Henninger veröffentlichte am 01.06.2019 um 8:22 Uhr unter der Überschrift „Warum gibt es so wenige Organspender?“ auf der Internetseite der Tagesschau eine absolut korrekte sachliche Reportage über Hirntod und Organspende. Zwischen 8:32 und 16:04 Uhr, d.h. binnen knappen 8 Stunden wurden 58 Seiten Kommentare geschrieben.

Nachfolgend werden einige der Kommentare wiedergegeben. Als Erkennung wird nicht der Name des Verfassers angegeben, sondern die Uhrzeit. Damit wird auch mit angegeben, wie rasch diese Kommentare erfolgt sind.

8:32: Ich will in Ruhe sterben, muss man das bald schriftlich äußern? Nein, denn es ist ein Menschenrecht! Wer meint sich bei lebendigem Leib und toten Gehirn ausschlachten zu wollen, möge dies schriftlich festhalten!

Hier fehlt es am rechten **Todesverständnis**. Das „ausschlachten“ ist **Diffamierung**.

8:40: Weil immer noch nicht verhindert wird, dass sich einige Ärzte auf Kosten der Organspender erheblich bereichern. Die Fälle sind ganz schnell aus der Öffentlichkeit verschwunden und plötzlich soll alles wieder gut sein. ...

Die Bonuszahlungen bei durchgeführter **TX** wurde bereits im Sommer 2012 verboten. In keinem der Fälle wurde ein Geldfluss vom Patienten zum Arzt nachgewiesen. Damit ist dies eine haltlose Unterstellung.

8:40: Eine Voraussetzung für Organspende fehlt: Vertrauen in ein verkommenes System,welches aus der Krankheit des einzelnen Profit erzielen muß.

8:56: Nein, ist damit eben nicht ausgeschlossen. Anonymität bedeutet Schindluder. Habe keine Lust, einem Winterkorn oder Zumwinkel meine Organe zu überlassen.

Dies gehört in die Kategorie **Verschwörungstheorie**.

8:58: Und wieviele Menschen sterben jährlich im Straßenverkehr? Makaber ist, dass die Organtransplanteure auf möglichst viele junge, gesunde und spendebereite Verkehrsopfer angewiesen sind. Andere Sterbende kommen kaum infrage. Da fragt man sich ernsthaft, ob die Verkehrspolitik mancher Verantwortlicher damit etwas zu tun haben könnte. Eine Verkehrsberuhigung rettet mehr Menschenleben als die Transplantationsmedizin. ...

In Deutschland geschehen jährlich 300-400 Morde. Soll man sie nicht mehr strafverfolgen, weil ihre Anzahl noch kleiner ist als die der Toten auf der

Warteliste bei Eurotransplant (jährlich rund 1.000) und nur die jährlichen Verkehrstoten (rund 3.000) gelten sollen? - Nur etwa 15% der Organspender hatten ein Schädelhirntrauma. Davon sind die Verkehrsopfer nur ein Teil. -

9:15: Der Grund dafür ist die Angst vieler Menschen,als potentieller Organspender mit Ausweis, weniger Aufmerksamkeit und Dauer bei lebenserhaltenden Maßnahmen, z.B. nach einem Unfall, zu bekommen und diese Angst ist womöglich durchaus berechtigt. Immerhin gibt es einen riesigen Markt für Organe und auch viele Kliniken haben nicht unbedingt den besten Ruf. ...

Diese Sorge, dass man in der Klinik nicht jede mögliche Hilfe erhält, zeigt auf, wie wenig man vom Ablauf in der Klinik weiß. Dies gehört in die Kategorie **Verschwörungstheorie**.

9:15: Das PROBLEM ist: Ärzte behaupten immer noch, der von ihnen festgest. Hirntod sei irreversibel. Mehrfach wurde das widerlegt(als hirntod diagn. Menschen reanimmiert, leben weiter ohne wesentl. Beschwerden).

Aus dem Hirntod gibt es kein Zurück, keine Reanimation. Hier wurde jemand Opfer von Unwahrheiten. Siehe: **Lebende Hirntote**

9:15: Weil die Menschen den Organisationen der Organspende nicht vertrauen. Weil Privatärzte und private Kliniken mit Gewinnmaximierung mitmischen. Weil man sicher sein kann, dass ein Großteil der Leberempfänger ehemalige Alkoholiker mit viel Geld sind. Dass das System da ist um Reichen ein längeres Leben zu garantieren und dafür Arme ausgeschlachtet werden.

Das kann nur zusammengefasst werden unter **Verschwörungstheorie**.

9:27: ... Wer garantiert denn, dass bei mir als Opfer die Hilfe einen Moment zurück gehalten wird, weil der behandelnde Arzt voller „Vorfreude“ auf meine Organe schaut?

Sachlich korrekte Aufklärung garantiert, dass dem nicht so ist. In jedem Fall versuchen die Ärzte, das Leben zu retten und die Gesundheit wieder herzustellen. Die Frage um eine mögliche Organspende kommt erst dann auf, wenn die **Hirntoddiagnostik** durchgeführt wird.

9:29: ... Junger Motorradfahrer spendet- älterer "Funktionär" bekommt ;-) Diese Frage könnte leicht beantwortet werden, wird aber nicht! Studienthema: sozialer Hintergrund von Spendern und Empfänger von Organen

Diese Frage kann auch ohne diese noch durchzuführende Studie beantwortet werden: Knapp die Hälfte (419) der Organspender waren im Jahr 2018 zwischen

16 und 55 Jahre alt, 504 waren 56 Jahre und älter. Daher ist dies als eine: **Verschwörungstheorie** einzustufen.

9:38: Die Ärzte reden dort mit den Angehörigen, denn es reicht aus, dass der Hirntote seinen Verwandten irgendwann gesagt hat, dass er nicht will. Dann wurde der Organentnahme widersprochen und Punkt. ...

Im Jahr 2018 war es so: Bei den Organspendern hatten 17,6% schriftlich zugestimmt, 25,4% hatten mündlich zugestimmt, bei 45,5% vermuteten die Hinterbliebenen die Zustimmung, bei 11,6% stimmten die Hinterbliebenen zu. Bei den Organverweigerern lag bei 4,1% ein schriftlicher Widerspruch vor, bei 32,1% ein mündlicher Widerspruch, bei 31,2% haben die Hinterbliebenen den Widerspruch vermutet, bei 32,6% haben die Hinterbliebenen zugestimmt. Fazit: Ob Zustimmung oder Widerspruch, die Hinterbliebenen wussten in den meisten Fällen nicht, was der Hirntote wollte. Es wurde in der Familie zu wenig über Organspende geredet.

9:38: ... Wenn ich in meiner Umgebung mitgeteilt habe, dass ich nicht will, wenn ich auf dem Organspenderausweis angekreuzt habe, dass ich nicht will, dann hat das zu reichen. Es ist Zwang, wenn ich mich noch irgendwo abmelden muss.

Bei der Widerspruchsregelung hätte sich niemand irgendwo eintragen müssen. Der Widerspruch auf dem Organspendeausweis hätte weiterhin Gültigkeit.

9:39: Weil es weltweit zu einem Big Business geworden ist.
Weil es ebenso weltweite kriminelle Machenschaften mit Organen gibt.
Weil die beste Organqualitäten nur den meist Bietenden verkauft werden.
Weil die fachkundigsten Chirurgen in solchen Ländern ihre Tätigkeit ausüben wo sie uneingeschränkt arbeiten und Geld verdienen können.
Weil korrekte Normalbürger dies nicht mehr mitmachen wollen.

Das ist klar **Verschwörungstheorie**.

9:46: ... Dann wäre auch interessant den normalen Menschen,die sich nie mit dem Thema ernsthaft beschäftigt haben,zu erklären dass ein Organempfänger immer ein sehr kranker Mensch bleibt und das gespendete Organ über kurz oder lang doch zerstört wird. Von daher rettet eine Organspende niemals Leben,sie verlängert es höchstens, aber zu welchen Preis.

Viele Transplantierte fühlen sich nicht als Kranke. Fast alle sind froh und dankbar für das erhaltene Geschenk. Daher siehe: **Krokodilstränen**

9:46: ... Interessant finde ich jedenfalls die Tatsache dass immer öfter im Nebenzimmer eines Hirntoten wohl ein potentieller Empfänger liegt (bei dem das Organ auch "passt"), und andere Menschen jahrelang auf das "passende" Organ warten müssen.

Reine **Verschwörungstheorie**.

9:47: ... Die Menschen, die die gespendeten Organe erhalten, müssen lebenslang giftige Immunsuppressiva einnehmen, damit das verpflanzte Organ nicht abgestoßen wird. Hinzu kommen häufig gravierende psychische Probleme sowohl bei den Angehörigen der Organspender als auch bei den Patienten, denen ein Spenderorgan eingesetzt wird.

Reine **Krokodilstränen**.

9:55: Nur Organe von "Hirntoten", was immer das auch sein mag, und Lebenden eignen sich zur Transplantation.

Da gibt jemand offen zu, dass er uninformiert ist, aber dennoch mitredet.

10:14: Ich persönlich hätte kein Problem damit Organe zu spenden, aber solange ich sehe das für Prominente innerhalb weniger Tage sogar 2 Organe zur Verfügung stehen wärend Kinder sterben weil keins da ist, (Wer da ganz Zufall glaubt xD) werde ich mich hüten Organspender zu werden. Bringt das System in Ordnung und macht es transparenter dann gibt's auch mehr Spender.

Das System ist transparent. Man muss sich nur informieren (wollen). - Die Aussage über Prominente und Kinder ist **Verschwörungstheorie**.

10:16: ... . Auch wenn ich mich wiederhole und es die Befürworter nicht hören wollen. Organe von toten Menschen/Leichen, können nicht mehr verwendet werden. Deswegengibt es die Definition Hirntot. Der Hirntot kann nur nach dem Stand der heutigen Technik festgestellt werden, Kein Arzt, Pfaffe, Mensch kann mit Sicherheit sagen WAS solch ein Mensch,dessen Körper zur Verwertung künstlich mit Maschinen am leben gehalten wird, TROTZDEM empfindet.

Die Entwicklung zum Hirntod ist älter als die Organtransplantation - Hirntote können nichts mehr empfinden, siehe **Schmerz**.

10:24: genau genommen können nur Organe von einem Koma-Patienten mit kürzlichen Versorgung entnommen werden und die gibt es nun mal eher selten..

Bei Koma funktionieren noch Teile des Gehirns, bei Hirntod funktioniert nichts mehr im Gehirn. Nicht Koma-Patienten werden Organspender, sondern Hirntote.

10:29: Viele Jahre lang besaß ich aus Überzeugung einen Organspenderausweis. Nach den wiederholten Skandalen durch raffgierige Ärzte und zahlungskräftige Abnehmer aus dem Ausland habe ich ihn entsorgt.

Wenn der Autor je einen Organspendeausweis besessen hat, so hat er ihn nicht genau angesehen, denn auf ihm kann man mit einem „Nein“ der Organentnahme auch widersprechen.

10:39: der Transplantierte wird so lange er weiterlebt ein sicherer Kunde der Pharmaindustrie sein
auch das sollte man sich vergegenwärtigen - wenn man allzuviel "Selbstlosigkeit" vermutet
eine Transplantation bringt auch Geld - viel Geld für die Klinik

Aus welcher belastbaren Quelle stammt denn die Info, dass die Klinik an Organtransplantation so viel Geld verdient? Siehe auch: **Kosten**

10:52: Wenn Sie über 40 sind, ist Organspende kein Thema mehr. Aber ansonsten spricht ja nichts dagegen, ohne wichtige Organe in Ruhe sterben zu können.

In Österreich ist die Altersgrenze für Organspender 90 Jahre. In Deutschland gibt es hierfür keine Altersgrenze.

11:04: der frühere Formel 1 Rennfahrer und Idol Michael Schumacher ist auch Hirntod und liegt seit Jahren im Koma. Ergo könnte man ihn doch auch.....

Dass Michael im Koma liegt und nicht hirntot ist, beweist, dass bisher bei keinem Hirntoten in diesem Alter so lange der Blutkreislauf aufrecht erhalten werden konnte, siehe: **Alan Shewmon**.

11:08: Und wie erklären Sie dann dass man bei Organentnahmen ganz klar hohen Streß, Abwehrreaktionen und Schmerzempfinden bei den "Spender" verzeichnen konnte?

Dies läuft über das Rückenmark, siehe: **Schmerz**

11:08: Ich glaube die wenigsten die sich hier so vehement pro Spende einsetzen waren einmal bei einer Organentnahme zugegen, noch haben sie sich damit befasst wie diese vorgenommen wird.

Ich war einmal bei einer Organentnahme dabei. Daher weiß ich zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden.

11:34: Wäre seine Familie einverstanden, wenn "ein Transplantations-Kommando"bei den Schumachers zuhause einfiele, um Michael (was weiß ich welche) Organe zu entnehmen? Mal daran gedacht? Oder eben nicht...?

Zur Organentnahme kommt kein Transplantations-Kommando (Soldatensprache!), sondern ein Entnahme-Team. Organspender sind Hirntote. Hirntoten ist das Atemzentrum abgestorben. Daher besitzten sie keine Eigenatmung und müssen künstlich beatmet werden. Daher findet man Hirntote nicht zu Hause, sondern nur auf Intensivstationen. Fazit: **Verschwörungstheorie**

11:39: Und wenn dann immer noch "nicht genug" Organe entnommen werden,weil man die Strukturen in den Krankenhäusern nicht geändert hatte, dann geht man an die Wachkomapatienten und Dementen ran?

Diese Angstmacherei hat bereits 1987 Hans Jonas zurückgenommen, der seit 1968 gegen das Hirntodkonzept schrieb.

11:51: Manche Menschen werden halt nicht gern bei wortwörtlich lebendigem Leib aufgeschnitten und ausgeweidet - wie asozial.

„ausgeweidet“ und „asozial“ ist eine klare **Diffamierung** der Organspender.

12:04: Nur weil Menschen auf einer Warteliste stehen kann man doch niemand als "Ersatzteillager" verpflichten.
Eine Organspende kann kein Leben retten. Sie verlängert es höchstens, denn das "neue" Organ wird schon alleine durch die Medikamente wieder geschädigt, die die Abstoßung verhindern.
Die Menschen auf den Wartelisten sterben nicht, weil sie kein Organ bekommen. Sie sind einfach nur totkrank und sterben an den Folgen dieser Krankheit.
Das Warten auf ein Organ bringt viele Einschränkungen mit sich. Man muss immer ereichbar sein, hat regelmäßige Untersuchungen. Ist immer angespannt, wann der Anruf kommt. Das alles zusätzlich zur eigentlichen Erkrankung.
Dann kann bei der OP viel schief gehen und danach muss man sein Leben lang Medikamente nehmen,die sehr starke Nebenwirkungen haben.
Es ist Illusion anzunehmen, dass man durch Organspende gesund wird.

„Ersatzteillager“ ist eine klare **Diffamierung** der Organspender.
Die Schädigung kann gar nicht so groß sein, wenn Transplantierte 20 und 30 Jahre mit dem transplantierten Organ leben, siehe: **25 x 25 geschenkte Jahre**
Es stirbt auch kein Unfallopfer an unterlassener Hilfeleistung, sondern an den Folgen des Unfalls.

Dafür, dass man auf das Organ wartet, darf man weiterleben. - Zudem: Kein Patient ist zu einer Organtransplantation verpflichtet.
Die Wahl vieler Organ-Patienten lautet: Tansplantation oder in Wochen tot sein.

12:25: Der Hirntod wurde damals definiert, um Zugriff auf die Organe von - rein biologisch betrachtet- noch lebenden zu erhalten.

Da kennt jemand den Zustand Hirntod und seine Entwicklungsgeschichte vom Hirntod nur aus zweiter Hand, d.h. aus der Feder von **Kritiker**.

12:32: Warum muss ich begründen,dass ich keine Organe spenden werde? ...

Niemand will eine Begründung. Es geht nur um eine persönliche Entscheidung.

12:33: Dass Gesundheitsminister erzwingen wollen per Zwangsabgabe von Organen, den Organhandel zu erhöhen, trägt sicher dazu bei, dass das ganze ein Geschmäckle bekommt und Menschen,die gewillt sind, zu spenden,es lieber lassen.

Es ging um keine Zwangsabgabe (Notstandsregelung), sondern um eine Form, wie Ärzte im Falle des Hirntodes erfahren, ob der Hirntote seine Organe spenden will.

12:59: Ich kann nur die Entscheidungtreffen, ob ich Organspender sein will oder nicht. Ich kann keine Randbedingungendazustellen, WEM ich meine Organe nach dem Tode spenden oder nicht spenden möchte. Solange dies nicht möglich ist, verwehre ich mich dem Organspenden- auch wenn es evtl. bedeutet, dass ich mal auf eine Spende angewiesen sein könnte und diese aus demselben Grunde nicht erhalten werde.

Das ist wie bei der jungen Frau, die sich gegen Abtreibung engagierte und als sie selbst ungewollt schwanger war, eine Abtreibung machen ließ. Solange man festen Boden unter den Füßen hat, ist es leicht, über die zu urteilen, die im Wasser um das Überleben kämpfen.

13:28: Bei einer Vereinigung, wie der CDU ist davon auszugehen, daß die Organspende irgendwann zu einem profitorientierten Geschäft mit "Wettbewerbern" verkommt. Diesbezügliche Fälle gab es ja bereits jetzt schon. Die "Widerspruchlösung" erschafft einen sicheren Markt für Organhandel. Von dessen Mißbrauch ist nach allem, was wir über die Gesetztgebung unter CDU-Ägide wissen, zwingend auszugehen.

13:41: Ich lasse mich nicht ausweiden um Ärzten glänzende Geschäfte zu ermöglichen.

13:50: Vielleicht kommt man in 50 Jahren zu ganz andere Messergebnisse als heute, weil die Methoden noch feiner und genauer sind. Wissenschaft von Heute,ist der Irrtum von Morgen. Und die "Wohltäter" der Menschheit von heute sind dann vielleicht die

"Schlächter" von Morgen.

14:11: Das System der Bundesrepublik Deutschland und seine passige Gesundheitsindustrie sind auf Ausbeutung und Profit orientiert. Unkotrollierbare Selbstbedienungssysteme. Mir fehlt jegliches Vertrauen in unser System. Deshalb werde ich hier nie Organspender, außer direkt für Leute, die ich benannt habe. Dem Kapitalismus wohnt Kriminalität, Gier und Unmoral inne. Das erfahren wir täglich und lassen es über uns ergehen .Folge: kein Vertrauen in nix. Ursache: tägliches Erleben.

Das riecht stark nach **Verschwörungstheorie**.

13:31: Bevor es noch nicht die Möglichkeit gab, Organe zu transplantieren, gab es den "Hirntod" noch nicht. Man hat diese Art von Tod eigens erfunden, um Organentnahmen am lebenden Körper zu rechtfertigen !

Diese Verkennung der geschichtlichen Entwicklung gibt es seit 1968 durch **Hans Jonas**. Die wahre Entwicklung des Hirntodes ist nachzulesen unter **Chronik/Hirntod**.

13:35: Bevor es die Möglichkeit zur Organtansplantation gab, gab es auch noch keinen "Hirntod".

"Hirntod" ist eine Rechtfertigungsmethode, und wurde eigens für Organentnahmen am Lebenden erfunden.

13:43: Hirntod bedeutet das Gehirn ist vollständig zerstört FALSCH. Vollständig zerstört würde bedeuten nicht mehr vorhanden oder MATSCHE. Hirntot wird an einem "intakten" also eigentlich voll funktionstüchtigem Hirn an Hand von MESSUNGEN festgestellt.

Hirntod ist in Deutschland nach § 3 **TPG** definiert als irreversibler Funktionsausfall des **Großhirns**, **Kleinhirns** und **Hirnstamms**. Medizinisch ist dies ein Zustand, an dem es bereits irreversible strukturelle Veränderungen des Gehirns vorliegen, die nach etwa 3 Tagen des Hirntodes zu sichtbaren Löchern des Gehirns führen. Diese entstehen durch **Selbstauflösung** des Gehirns, die nach weiteren Tagen das ganze Gehirn betrifft, so dass das gesamte Gehirn MATSCHE ist. Dieser unaufhaltsame Prozess startet ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Hirntodes. Erst Stunden später wird der Hirntod festgestellt.

13:55: Was Sie leider vergessen, der Transplationspatient ist und bleibt sein ganzes weitere Leben ein schwer kranker Mensch.

14:30: Mein Großvater durfte vor Kurzem in Würde sterben. Er bekam lediglich Schmerzmittel, ansonsten durfte er im Bett innerhalb von 2 Tagen einfach in Ruhe sterben, während sich die Familie verabschieden konnte und ihm Trost gespendet hat. Das war ein Geschenk, eine Organspende hätte ihm diese Würde genommen.

Hier wurde nicht verstanden, dass das Sterben in den Hirntod ein völlig anderes Sterben ist, das in der Schwere der Hirnschädigung begründet ist.

14:48: Was Sie leider vergessen, der Transplationspatient ist und bleibt sein ganzes weitere Leben ein schwer kranker Mensch.

Das Buch „Leben - dank dem Spender. Ergebnisse aus Umfragen unter 203 Transplantierten“ zeigt hier ein ganz anderes Bild auf.

14:49: Beatmung wurde eingesetzt, um Menschen,die potenzielle Organspender sind, künstilch am Leben zu erhalten. Weil man mit ihnen tot nichts mehr anfangen kann.

Die künstliche Beatmung wurde eingesetzt, um das Leben des Patienten zu retten und seine Gesundheit wieder herzustellen. Doch mit der Feststellung des Hirntodes ist klar, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde.

14:49: Man kann sich auch bei lebendigem Leib und bei völliger Klarheit "ausschlachten" lassen.

14:50: Ich kenne einige Menschen,die mit Spenderorganen leben. Das sind keine Funktionäre, und die haben sich ihr Organ nicht mit viel Geld erkauft. Einer von ihnen lebt seit 2004 mit neuer Leber. Er hatte Leberkrebs, die Ärzte gaben ihm damals noch acht Monate.

Dass der Lebertransplantierte seit 2004 mit einer neuen Leber lebt, ist glaubhaft, nicht aber, dass er auch nur einen persönlich kennt, der sein Organ „erkauft“ hat. Seit 1997 steht in Deutschland Organhandel mit bis zu 5 Jahren Gefängnis unter Strafe.

15:14: Der Tod wurde "vorgezogen", damit Organe am Lebenden für Transplantationszwecke entnommen werden konnten, ohne dass sich der Transplantationschirunrg dafür strafbar macht.

15:26: Wer bekommtwelche menschlichen Ersatzteile - der am meisten zahlt, der die besten Kontakte hat, um oben auf der Liste zu stehen?
Solange das nicht geklärt ist, NEIN zur unkontrollierten Organentnahme.Denn eine Spendei st freiwillig - Spahn will die Bürger nur noch als wandelnde ERsatzteilorgane sehen.

15:42: Es fehlt an Aufklärung. Kaum jemand hier weiß überhaupt was Hirntod bedeutet, wie es zu der Situation der Diagnose überhaupt kommt und welche Fragen sich an diesem Punkt dann überhaupt stellen. Trotzdem haben alle eine Meinung,was ich auch nachvollziehen kann - es geht ja um eines jeden Organe.

Daneben gibt es auch – wenn auch rar – solche Kommentare:

12:10: Und ja, ich verstehe die Materie von Organspenden und Hirntod, und kann den unsäglichen Blödsinn hier im Forum von (den wenigen) sachlichen Beiträgen trennen.

12:34: Leider wird ihr Kommentar nichts nützen, denn wer von davon überzeugtist, bei lebendigem Leibe ausgeweidet zu werden wie (um 09:08 von Mirko Schädel) oder dass Organe an den meistbeitenden verkauft werden (09:39 von friedrich peter...), der lässt sich auch von sachlichen Kommentaren aus der Praxis nicht vom Gegenteil überzeugen. Da hat die youtube-University vorher schon ganze Arbeit geleistet.

14:50: Ich habe als Teenager meiner Mutter geholfen, den krebskranken Vater bis zu seinem Tod zu Hause zu pflegen. Viele Jahre später pflegte ich meine Mutter bis zu ihrem Tod. Der Vater einer guten Freundin starb an Leberkrebs. Der Tod ist für mich immer noch ganz schrecklich. Was würde ich dafür geben, wenn meine Eltern noch ein wenig mehr Zeit zum Leben hätten bekommen können. Ja, was würde ich geben? Ein Organ, wenn es denn helfen würde einen vorzeitigen Tod zu verhindern?
Meine Eltern brauchten kein Organ, mein Beispiel hinkt. Aber was für eine wunderbare Sache für denjenigen, dem das helfen kann weiter zu leben! Das steht über den Sorgen vor Missbrauch und kriminellen Machenschaften.

Es wurde bewusst sehr umfangreich aus diesen Zitaten ausgewählt, um aufzuzeigen, auf welchem Wissensstand und mit welcher z.T. brutalen und diffarmierenden Weise in der Gesellschaft über die Themen Hirntod und Organspende diskutiert wird.

Durch die Kommentare wurde die hervorragende Reportage durch völlig unzutreffende und z.T. diffamierenden Kommentare zunichte gemacht. Die Sachlichkeit war nur bei wenigen Kommentaren vorhanden. Die überwiegende Zahl der Kommentare hingegen sind undiskutabel bis verletzend. Es stellt sich die Frage, ob auch bei diesen Schreiberlingen die Worte von Albert Einstein zutreffend sind: „Ein Atom ist leichter zu zertrümmern als ein Vorurteil.“

3.9 2019 – Praxis PalliativCare

Das Heft 44-2019 der Fachzeitschrift "**Praxis PalliativeCare**" steht ganz in der Kritik von Hirntod und Organspende. Von den 14 Artikeln wurden 5 von **Anna Bergmann** verfasst, einen weiteren schrieb Anna Bergmann zusammen mit Andreas Heller, die übrigen Autoren verfassten je einen Beitrag. Damit stammt über 1/3 der Beiträge allein von Anna Bergmann, die sich auch mit anderen Schriften als **Kritikerin** des Hirntodkonzeptes hervortut, ebenso auch weitere Autoren. Es ist daher nicht übertrieben, wenn diese Ausgabe der Fachzeitschrift von Kritikern des Hirntodes verfasst wurden.

Das Inhaltsverzeichnis mit seinen Überschriften lässt erahnen, dass die meisten Artikel dem Hirntod und/oder der Organspende distanziert bis ablehnend gegenüberstehen:

- Die palliative Seite der Organspende
  Andreas Heller, **Anna Bergmann**
- Die Organentnahme verhindert ein menschenwürdiges Sterben und raubt den letzten Abschied. - Eine Mutter berichtet
  Gisela Meyer zu Biesen
- Blicke hinter die Kulissen
  Auszüge aus einem anonymisierten Interview mit zwei diplomierten Pflegepersonen, die auf einer pneumologischen Station tätig sind und vielfältige Erfahrungen mit lungentransplantierten Patienten und Patientinnen haben
  Anna Bergmann
- Zum Unterschied zwischen dem Hirntodsyndrom und einer Definition des Todes
  Martin Stahnke
- Über die Organspende nach dem Hirntod und ihr ethisches Dilemma
  Ein Plädoyer für begleitetes Sterben bis zuletzt
  Sabine Schacht
- Organ-'Spende' - der Verzicht auf palliative Sorge und einen pietätvollen Umgang
  Alle therapeutischen Maßnahmen zielen exklusiv auf die unter Zeitdruck stehende Gewinnung der Organe ab. Ab dem Zeitpunkt ihrer Todesfeststellung auf der Intensivstation haben sie als Tote alle

Patientenrechte verloren.
Anna Bergmann

- Der umkämpfte Tod
  Herausforderungen der Transplantationsmedizin für unseren Umgang mit Sterben und Tod
  Walter Schaupp
- Organ-'Spende' - das andere Sterben
  Anna Bergmann
- Das beschwiegene Paradox der Organspende und seine gefährlichen Folgen für unser Menschenbild
  Axel W. Bauer
- Der hirntote Mensch als Organspender, ein würdevolles Sterben und die Herausforderung der Pflege
  Martina Hiemetzberger
- Was Organspender wissen sollten!
  Hans-Joachim Ritz
- 'Marginale Spender' - 'Marginale Empfänger': eine Strategie zur Vergrößerung des 'Spenderpools'
  Anna Bergmann
- Warum keine Organspenden am Lebensende durchgeführt werden dürfen
  Axel Frei
- Das 'gerechtfertigte Töten' für die Lebensrettung anderer Patienten
  Anna Bergmann

Eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Inhalt dieser Beiträge ist nachzulesen unter: **Praxis PalliativeCare**. Hier soll nur grundsätzlich auf die Themen Hirntod, Organspende und PalliativCare eingegangen werden. Hierzu ist es sinnvoll, die wesentlichen Punkte zu diesen drei Begriffen zu klären. Damit wird allgemeine Klarheit geschaffen und Missverständnissen vorgebeugt.

PalliativCare

„Palliative Care (englisch; von lateinisch cura palliativa von palliare "mit einem Mantel bedecken"; engl. care "Fürsorge, Versorgung, Betreuung, Aufmerksamkeit"), in Deutschland teils gleichbedeutend mit Palliativversorgung verwendet, ist ein international anerkanntes umfassendes Konzept zur Beratung, Begleitung

und Versorgung schwerkranker Menschen jeden Alters mit einer nicht heilbaren Grunderkrankung.“ (Wikipedia)

Bei PalliativCare geht es im Wesentlichen darum, die Wünsche der Sterbenden zu erfüllen, ihre Leiden zu lindern, die Symptome zu behandeln, die Sterbenden medizinisch, menschlich und seelsorglich gut zu begleiten, so dass ihr Sterben - was zwischen Tagen bis Wochen, in seltenen Fällen auch Monate dauert – kein Leidensweg wird. PalliativCar endet mit dem Tod des Menschen.

Im Gegensatz dazu steht die kurative Behandlung, die auf eine Wiederherstellung der Gesundheit eines Patienten abzielt und gleichzeitig eine Verschlechterung zu verhindern versucht. Eine jede stationäre Aufnahme in einer Klinik bemüht sich immer zunächst um eine kurative Behandlung. Wenn diese ausgeschöpft ist, wird zur palliativen Behandlung gewechselt.

Hirntod

Zum Thema **Hirntod** wird – wenn nicht bereits geschehen – das Lesen des Kapitels 2 dringend empfohlen, insbesondere die Kapitel 2.2 bis 2.4

In Erinnerung daran wird erinnert, dass bei allen Hirntoten am Anfang die Aufnahme in eine Intensivstation war, meist als Komapatient, der bald beatmungspflichtig wurde und bei dem anfangs immer die Bemühung der Ärzte bestand, das Leben des Patienten zu retten und seine Gesundheit wieder herzustellen.

Bei primärer Hirnschädigung erfolgte meist binnen weniger Tage die Feststellung des Hirntodes, bei sekundärer Hirnschädigung meist in der 2 Woche. Die Hoffnung auf Genesung kippt meist binnen weniger Tage zum Wissen, dass hier Hirntod vorliegt.

Das alles spielt sich manchmal zunächst im künstlichen Koma, in der Schlußphase der letzten Tage immer im natürlichen Koma und noch nicht festgestelltem Hirntod ab. In dieser Phase ist der Patient nicht ansprechbar und nimmt von seiner Umgebung nichts wahr.

Mit Eintritt des Hirntodes, was immer mind. 12 Stunden vor seiner Feststellung erfolgt, ist pathophysiologisch der Mensch tot, d.h. alle seine kognitiven Fähigkeiten (Wahrnehmung, Denken, Fühlen) sind **erloschen**, seine **Datenbank des Lebens** ist zerstört. Es liegt dank der Intensivmedizin nur noch ein Körper mit Stoffwechsel im Bett.

Nicht erst in der palliativen Phase, sonder bereits in der kurativen Phase, sind alle späteren Hirntote im natürlichen Koma und damit nicht mehr ansprechbar. Durch ihre schwere Hirnschädigung werden sie dieses Koma auch nicht mehr verlassen, sondern nur noch zum Hirntod wechseln. Von einer Sterbebegleitung nimmt dieser Komapatient und spätere Hirntote nichts mit. Dazu ist sein gesamtes Gehirn zu sehr geschädigt.

Organspende

Liegen bei der Feststellung des Hirntodes für eine **TX** brauchbare Organe vor,[1] so besteht die Möglichkeit, mit einer vorausgegangenen Zustimmung des Hirntoten oder einer aktuellen Zustimmung seiner Hinterbliebenen, die Organe zu spenden.

Mit den damit verbundenen eingehenden Untersuchungen der in Frage kommenden Organe und dem ganzen organisatorischen Ablauf der Organvermittlung (**Allokation**) vergehen zwischen Feststellung des Hirntodes und dem Beginn der Organentnahme meist zwischen 12 und 24 Stunden. In dieser Zeit liegt der Hirntote weiterhin mit schlagendem Herzen auf der Intensivstation. Zwischen den einzelnen Untersuchungen können die Hinterbliebenen immer wieder zu ihm. Eine Begleitung bis hinein in den OP-Saal bis zum Herzstillstand ist aus verschiedenen Gründen nicht möglich.

Liegen bei der Feststellung des Hirntodes keine für **TX** brauchbaren Organe vor und/oder keine Zustimmung zur Organentnahme, wird den Hinterbliebenen noch kurz Zeit gelassen, von dem Hirntoten bei schlagendem Herzen Abschied zu nehmen. Dann wird die künstliche Beatmung ausgeschaltet. Dies führt binnen weniger Minuten zum Herzstillstand. Hier können die Hinterbliebenen bis zum Herzstillstand beim Hirntoten bleiben.

Fazit zum Heft 44-2019

Auf dem Hintergrund des bisher Beschriebenen wird hier lediglich auf den Aussagegehalt der Überschriften kurz eingegangen:

- Die palliative Seite der Organspende endet mit der Feststellung des Hirntodes, denn ab da ist der Mensch tot.

1 Manchmal nehmen Organe durch die kurative Behandlung mit dem Ziel, die Hirnschwellung zu mindern, so großen Schaden, dass sie für eine **TX** ungeeignet werden.

- Die Organentnahme verhindert kein menschenwürdiges Sterben und raubt nicht den letzten Abschied. Es sind dies die zum Hirntod führenden Umstände, die den meist bisher gesunden Menschen plötzlich aus dem aktiven Leben reißen.
- Den Auszügen aus einem anonymisierten Interview mit zwei diplomierten Pflegepersonen, die auf einer pneumologischen Station tätig sind und vielfältige Erfahrungen mit lungentransplantierten Patienten und Patientinnen haben, kann eine Umfrage unter 203 Transplantierten[1] entgegengesetzt werden – es nahmen auch Lungen-Transplantierte an dieser Umfrage teil -, die je nach Fragestellung mit 70-90% froh und dankbar über die erfahrene **TX** sind; der Anteil derer, denen es nach der **TX** schlechter ging als zuvor, war bei dieser Umfrage kleiner 5%.
- Zum Unterschied zwischen dem Hirntodsyndrom und einer Definition des Todes ist darauf hinzuweisen, dass weltweit für den weit überwiegenden Anteil der Mediziner und Juristen der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist. In vielen Staaten ist der Hirntod als Tod des Menschen gesetzlich verankert.
- Über die Organspende nach dem Hirntod und ihr ethisches Dilemma. Ein Plädoyer für begleitetes Serben bis zuletzt. Sterben endet mit dem Tod. Dieser ist mit dem Hirntod eingetreten.
- Organ-'Spende' ist kein Verzicht auf palliative Sorge und pietätvollen Umgang.
  §6 **TPG**
  Alle therapeutischen Maßnahmen zielen exklusiv auf die unter Zeitdruck stehende Gewinnung der Organe ab. Ab dem Zeitpunkt ihrer Todesfeststellung auf der Intensivstation haben sie als Tote alle Patientenrechte verloren.
- Die Transplantationsmedizin besitzt keine Herausforderungen im Umgang mit Sterben und Tod, aber unserer Gesellschaft.
- Organ-'Spende' - das andere Sterben, weil hierbei Menschen plötzlich aus ihrem normalen Leben gerissen werden, so wie bei Unfällen, Herzinfarkten, Hirninfarkten, ...
- Das der Organspende zugrundeliegende Menschenbild
- Das der Organspende zu Grunde liegende Menschenbild ist ein altuistisches

1 https://epub.uni-regensburg.de/40409

und ethisch verantwortungsvolles: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Immanuel Kant: AA IV, 421)

- Organspender, ein würdevoller Umgang und die Herausforderung der Pflege
- Was Organspender wissen sollten!
- Warum Organspenden nur nach der Feststellung des Hirntods durchgeführt werden dürfen
- Das 'gerechtfertigte Töten', ein ethischer Sprengstoff mit hoher Explosivkraft.

Es erweckt daher den Eindruck, dass die Redaktion wie auch die meisten Autoren des Heftes 44-2019 von der Entwicklung **vom Koma zum Hirntod** auf der Intensivstation wie auch über den pathophysiologischen Zustand Hirntod wenig Ahnung haben. Es deutet vielmehr darauf hin, dass die meisten Autoren Hirntod und Organspende aus der Literatur kennen, insbesondere aus der Literatur der Kritiker des Hirntodkonzeptes.

4 Ständige Demontagen

4.1 Organhandel im Fernsehen

Organhandel wird weltweit geächtet:

- 1991 verurteilte die **WHO** in der Resolution 44.25 zur Organtransplantation vom 13.05.1991 u.a. den Organhandel.[1]
- 1993 forderte das Europa-Parlament ein Verbot des Organhandels.[2]
- 1997 stellte in Deutschland das verabschiedete **TPG** in den §§ 17 und 18 den Organhandel unter Strafe. In § 18 **TPG** heißt es:[3]

  (1) Wer entgegen § 17 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ oder Gewebe Handel treibt oder entgegen § 17 Abs. 2 ein Organ oder Gewebe entnimmt, überträgt oder sich übertragen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

  (2) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig, ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren.

  (3) Der Versuch ist strafbar.
- 1998 forderten in Köln der Präsident der **BÄK** und der Generalsekretär des Weltärztebundes die Ächtung des Organhandels.[4]
- 2000 verwarfen die Vereinten Nationen den Organhandel.[5]
- 2002 verbietet der Europarat den Organhandel.[6]
- 2004 rief die WHO ihre Mitgliedsstaaten dazu auf, Maßnahmen gegen Transplantationstourismus und Organhandel zu ergreifen.[7]

---

1 Andreas Bertels: Der Hirntod des Menschen – medizinische und ethische Aspekte. (med. Diss.) Düsseldorf 2002, 21. Nach: https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2402/402.pdf

2 https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=90533

3 An dem Strafmaß wird deutlich gemacht, dass Organhandel kein Kavaliersdelikt ist.

4 https://www.aerzteblatt.de/pdf/95/13/a719.pdf

5 http://www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/module

6 http://www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/module

- Im Jahre 2008 trafen sich vom 30.4.-2.5. in Istanbul Vertreter aus 78 Ländern zum "Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking" (Gipfel gegen Transplantationstourismus und Organhandel). Es wurde einstimmig eine Erklärung gegen Transplantationstourismus und Organhandel verabschiedet.[1]
- 2008 sprach sich das Europäische Parlament (22.04.2008) gegen Organhandel und Transplantationstourismus aus. Beides müsse verhindert werden.[2]
- 2008 sagte Papst Benedikt XVI. vor der Päpstlichen Akademie für das Leben am 7.11.2008 in Rom zum Organhandel: "Die Missbräuche bei Transplantationen und der Organhandel, der häufig unschuldige Menschen wie Kinder betrifft, müssen von der Gemeinschaft der Wissenschaftler und Mediziner sofort und geeint als unannehmbare Praktiken abgelehnt werden. Sie sind daher entschieden als verabscheuungswürdig zu verurteilen."[3]
- 2015 konkretisierte der Europarat die strafrechtlichen Konsequenzen von Organhandel, die am 01.03.2018 in Kraft traten.[4]
- 2016 unterzeichnete die Schweiz am 10.11. das Übereinkommen des Europarates vom 25.03.2015 gegen Organhandel.[5]

Dennoch wird in der öffentlichen Diskussionen mit den verschiedensten Gründen und Hintergründen über den Organhandel gesprochen und geschrieben. Dabei gewinnt man häufig den Eindruck, dass dies in völliger Unkenntnis der medizinischen Fakten um die Ischämiezeit erfolgt.

---

7 https://wp.uni-passau.de/cube/wp-content/uploads/sites/93/2017/01/ErklarungvonIstanbul.pdf

1 https://wp.uni-passau.de/cube/wp-content/uploads/sites/93/2017/01/ErklarungvonIstanbul.pdf

2 https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+IM-PRESS+20080418IPR27078+0+DOC+XML+V0//DE

3 https://stjosef.at/dokumente/organspende_b16.htm

4 http://www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/module

5 https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2911/Organhandelskonvention_Erl.-Bericht_de.pdf

Ischämie (griech.: Blut zurückhalten) bezeichnet eine Minderdurchblutung oder gar vollständiger Durchblutungsausfall eines Geweges oder Organs. Die Ischämiezeit bezeichnet bei **TX** die Zeit, vom Herzstillstand bei der Organentnahme bis zur Durchblutung im anderen Körper. Trotz bester Voraussetzung – in einer besonderen Flüssigkeit gelagert bei in ca. 4°C kaltem Eiswasser transportiert – darf diese Zeit nicht länger sein, andernfalls nimmt dieses Organ Schaden und funktioniert nicht einwandfrei. Als Grundregel gilt: "Die Ischämiezeit ist möglichst kurz zu halten".

Organ	*Zeit*
Herz	ca. 5 h
Lunge	ca. 8 h
Pankreas	ca. 10 h
Leber	ca. 12 h
Nieren	ca. 24 h

Tab. 6 - Ischämiezeiten

Schon allein mit diesem Wissen wird deutlich, dass Organhandel nicht so geschieht, dass man irgendwo ein Organ entnimmt und dann auf dem Schwarzmarkt anbietet. Die Aussage, dass man seine Organe nicht spenden will, weil man den Organhandel nicht unterstützen will, handelt gerade diesem zu: Organhandel geschieht meist in der Form, dass Menschen aus den reichen Ländern in Länder der 3. Welt reisen und sich dort ein Organ einsetzen lassen (Transplantationstourismus).

Entgegen der weltweiten Ächtung des Organhandels seit 1991 missachten einige Leute dies, darunter auch sonst angesehene Professoren.

- 2004 schlug Peter Oberender in einem Interview vor, den Organhandel nach marktwirtschaftlichen Prinzipien gesetzlich zu regeln. Diese Frage wurde von Oberender im Jahr 2006[1] im Deutschlandfunk und 2010 im Handelsblatt erneut thematisiert.[2][3]
- 2005 widmete die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (Drucksache 15/5050 vom 17.03.2005) über 4 Seiten dem Thema Organhandel, damit verbunden auch ernsthafte Überlegungen zu dessen Legalisierung..[4]

1 https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=19&typ=1&nid=26913&jahr=2006

2 https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Oberender

3 https://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/transplantationen-experte-fordert-freien-organhandel-a-299541.html

4 http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/050/1505050.pdf

- 2006 forderte Oberender im Deutschlandfunk „einen regulierten Markt für Organe“.[1]
- Am 03.04.2007 forderte Oberender in der Sendung „Menschen bei Maischberger“ die Freigabe des Organhandels.[2]
- 2007 wurde in Internetforen darüber berichtet, dass nach Peter Oberender Hartz-IV-Empfänger dazu motiviert werden sollten, ihre Organe zu verkaufen.[3] Im Falle einer Überschuldung sollen sie dazu sogar verpflichtet werden.[4]
- 2008 sprach Peter Oberender die Möglichkeit aus, den Organhandel zu legalisieren. Damit ließe sich für Hartz-IV-Empfänger auch eine Organabgabepflicht ableiten.[5]
- Am 15.05.2008 wurde in Innsbruck eine Podiumsdiskussion zur Frage „Organknappheit? Wie lösen?“ geführt. Dabei wurde ernsthaft die Möglichkeit der Legalisierung des Organhandels in Betracht genommen.[6]
- Am 23.01.2009 riefen Friedich Keller und Wulf Gaertner zur offenen Diskussion über den kommerziellen Organhandel auf.[7]
- Am 09.05.2011 ging Ingrid Schndier in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ (APUZ 20-21/2011), einer Schrift der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) der Frage nach, „Kann ein regulierter Organmarkt den Organmangel beheben - und zu welchem Preis?“[8]

---

1 https://www.deutschlandfunkkultur.de/wir-brauchen-einen-regulierten-markt-fuer-organe.954.de.html?dram:article_id=142525

2 http://www.bankkaufmann.com/a-62733-Das-Erste---Sabine-Christiansen-am-Sonntag-1-April-2007-um-2145-Uhr-im-Ersten.html

3 https://forum.chefduzen.de/index.php?topic=10157.0
https://groups.google.com/forum/#!topic/de.sci.medizin.psychiatrie/ESXN-oML7MA%5B1-25%5D

4 http://www.flegel-g.de/organspenden.html

5 https://www.sopos.org/aufsaetze/494e612a0016a/1.phtml.html
https://afdwatchafd.wordpress.com/tag/organhandel

6 Matthias Stöckl: Organknappheit? Wie lösen?. In: Andreas Exenberger, Josef Nussbaumer (Hg.): Von Körpermärkten. Innsbruck o.J.

7 https://m.thieme.de/viamedici/aktuelles-medizin-und-wissenschaft-1650/a/organhandel-5301.htm

- Im Herbst 2011 konnte Oberender in der ZDF-Sendung „log in“ seine Empfehlung zur Legalisierung des Organhandels darlegen.[1]
- Im Herbst 2011 strahlte die WDR-Sendung „Hart aber fair“ einen Filmbeitrag mit Oberender und seinen Ideen zur Legalisierung des Organhandels aus[2]
- 2013 schlug die AfD vor, dass Hartz-IV-Empfänger zur Aufbesserung ihrer Finanzen ihre Organe verkaufen dürfen sollten.[3]
- Am 06.03.2015 erwähnte Frank Schmälzle in seinem Nachruf zum Tod von Peter Oberender dessen Einsatz für die Legalisierung des Organhandels.[4] Auch andere Autoren verbanden mit der Person Oberender die Bemühung um Legalisierung des Organhandels.[5]

Die deutschen Medien verhalten sich so, als wüssten sie entweder nicht um die Bedeutung des Wortes „Ächtung“ – nicht zu verwechseln mit „Achtung“! - oder um den Aufruf so vieler Gesellschaften zur internationalen Ächtung von Organhandel. Sogar öffentlichrechtliche Sender bieten diesem verwerflichen Gedankengut eine Plattform.

Sogar in wissenschaftlichen Arbeiten wurde die Möglichkeit der Legalisierung des Organhandels ernsthaft diskutiert:

- 1998 reichte Markus Jankowski seine wissenschaftliche Arbeit „Organspende und Organhandel aus ökonomischer Sicht“ zur Erlangung des Grades eines Diplom-Volkswirtes an der Universität Konstanz ein.“[6]

8 https://www.bpb.de/apuz/33321/kann-ein-regulierter-organmarkt-den-organmangel-beheben-und-zu-welchem-preis

1 Klaus Schäfer: TX, 159. Nach: https://epub.uni-regensburg.de/41508/1/TX.pdf

2 Klaus Schäfer: TX, 159. Nach: https://epub.uni-regensburg.de/41508/1/TX.pdf

3 https://taz.de/!444214

4 https://www.kurier.de/inhalt.fast-tausend-trauergaeste-bei-der-gedenkfeier-in-der-stadtkirche-bayreuth-der-abschied-von-prof-peter-oberender.3f7bd73a-25a5-45ff-a50d-347b8e6e0009.html

5 https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/panorama/nachruf-gesundheitsoekonom-peter-oberender-verstorben/?t=1&tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BcurrentPage%5D=3&tx_aponews_newsdetail%5B%40widget_4%5D%5BitemsPerPage%5D=1

6 https://www.researchgate.net/publication/30015340_Organspende_und_Organhandel_aus_okonomischer_Sicht

- 1998 reichte In-Hoe Choi die Dissertation „Ethische Fragen im Zusammenhang mit Organtransplantationen“ (Fachbereich Historisch-Philologische Wissenschaften) in Göttingen ein.[1]
- 2005 reichte Markus Nitsche die Dissertation „Politik und Organspende. Eine Untersuchung zur politischen Umsetzung gesetzgeberischer Intensionen in der Gesundheitsversorgung“ in der Universität Duisburg-Essen ein.[2]
- 2009 schrieb Matti Ostrowski die Hausarbeit „Chancen und Risiken der Freigabe des Organhandels“ und erhielt dafür die Note 1,5.[3]
- 2010 reichte Stefanie Karpf ihre Dissertation „Transplantationen von Organen Verstorbener in Österreich und Großbritannien. Rechtsentwicklung – aktuelle Situation – Rechtsvergleich“ bei der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien ein.[4]

Ächtung sieht anders aus. Klaus Schäfer lässt in seinem realitätsnahen Krimi „TX“ Gabi sagen: „Das ist ja gerade so, als würde die bpb einen Artikel zur Frage veröffentlichen, ob man Sex mit Kindern legalisieren sollte, wenn dies in beiderseitigem Einverständnis geschieht“[5]

Da das Gebot der Ächtung in den Medien nicht eingehalten wird, ist das Thema auch in der Bevölkerung präsent, jedoch meist als übles Zerrbild der Realität. Mit diesem gefährlichen Halbwissen wird die Entscheidung zur Frage der Organspende getroffen, die dann meist „Nein“ lautet.

1 https://d-nb.info/1045069442/34

2 https://d-nb.info/974953911/34

3 https://www.hausarbeiten.de/document/163204

4 https://core.ac.uk/download/pdf/11589209.pdf

5 Klaus Schäfer: TX, 158. Nach: https://epub.uni-regensburg.de/41508/1/TX.pdf

4.2 Alan Shewmon und die Überbewertung einer Studie

Es gibt eine Studie, auf die **Kritiker** des **Hirntodkonzeptes** häufig verweisen. Es ist die des amerikanischen Neurologen **Alan Shewmon**. Man sollte den Hintergrund kennen, damit diese Studie besser in den medizinischen Kontext eingeordnet werden kann:

In den Jahren 1954 bis 1959 trugen **Pierre Mollaret** und **Maurice Goulon** die Erkenntnisse über 23 Hirntote zusammen und stellen sie beim Internationalen Neurologischen Treffen im Jahr 1959 vor. Von diesen 23 Hirntoten konnte von einem der Blutkreislauf 8 Tage aufrecht erhalten werden, allen anderen brach der Blutkreislauf noch schneller zusammen.[1]

Ein im August 1987 erschienener Artikel besagt, dass es zwischen Februar 1983 und Juli 1986 in einer Bostoner Klinik 53 Hirntote gab. Sie alle erlitten trotz fortgesetzter intensivmedizinischer Behandlung innerhalb der ersten 8 Tage einen irreversiblen Herzstillstand, nur einer erst nach 17 Tagen. Das Fazit lautete: Hirntote werden unweigerlich in einer relativ kurzen Zeitspanne sterben (Tage oder Wochen), trotz intensiver moderner medizinischer Intervention.[2]

Trotz 30 Jahren medizinischen Fortschritts konnte bei der Weiterbehandlung von Hirntoten kein nennenswerter Erfolg erzielt werden. So gab es Ende der 1980-er Jahre in der Medizin die allgemeine Auffassung, die durch eigene Erfahrungen bestätigt wurden: Nach Feststellung des Hirntodes kann man den Blutkreislauf nicht länger als 8 Tage aufrecht erhalten.

In diese Zeit hinein stellte Alan Shewmon an einem 14-Jährigen den Hirntod fest. Die Eltern wehrten sich gegen das Abschalten der Geräte und die Ärzte fügten sich. Der Junge wurde künstlich beatmet in ein Pflegeheim verlegt. Dort versagte ihm 9 Wochen später nach einer Lungenentzündung der Blutkreislauf.[3] Dies war für Shewmon der Antrieb, nach mehr ähnlichen Fällen zu suchen. Er recherchierte weltweit, fand bis zum Jahre 1997 175 ähnliche Fälle, in denen dem Hirntoten der Blutkreislauf zwischen 1 Woche und 14 Jahren aufrecht

1 Dag Moskopp: Hirntod. Stuttgart 2015, 76.

2 http://jnm.snmjournals.org/content/28/8/1279.full.pdf

3 https://web.archive.org/web/20170404112236/http://wissenswerte-bremen.de/userfiles/file/B3_Vortrag_Keller.pdf

erhalten werden konnte. Dieses Ergebnis publizierte er 1998.[1]

Da es sich bei diesen rund 175 Fällen um Hirntote handelte, sei an den pathophysiologischen Zustand von Hirntod erinnert: **Wahrnehmung** und **Bewusstsein erloschen**, die **Datenbank unseres Lebens** physiologisch zerstört, durch künstliche Beatmung und künstliche Ernährung mit Herzschlag und **spinalen Reflexen** daliegend.

Keiner von ihnen erlangte trotz fortgesetzter intensivmedizinischer Versorgung je wieder das Bewusstsein zurück. Sie alle verblieben bis zu ihrem Herzstillstand im Zustand des Hirntodes. - Alle Autoren, die angeben, dass man bei richtiger Behandlung vom Hirntod wieder ins Leben zurückkehren und wieder völlig gesund werden könne, scheinen – wenn sie sich schon dagegen wehren, den pathophysiologischen Zustand Hirntod kennenzulernen – die Studie von Alan Shewmon nicht zu kennen, denn sie widerlegt auf breiter Basis ihre Angabe und bestätigt:

Aus dem Zustand Hirntod gibt es kein Zurück.

Alan Shewmon gibt in seiner Publikation von 1998 an, dass von den 175 Fällen 56 hinreichend sicher dokumentiert sind. In der statistischen Auswertung der 151 Fälle mit angegebenen Zeiten des funktionierenden Blutkreislaufs zeigte sich nach der Feststellung des Hirntodes diese Verteilung:

- 80 Hirntote nach 1 - 2 Wochen = 53,0%
- 44 Hirntote nach 2 - 4 Wochen = 29,1%
- 20 Hirntote nach über 4 Wochen = 13,2%
- 7 Hirntote nach über 6 Monaten = 4,6%

Damit sind die häufig genannten 14 Jahre schon relativiert. Auch konnte nur bei 53,0% der Blutkreislauf zwischen 1 und 2 Wochen aufrecht erhalten werden. Die 7 Hirntote mit über 6 Monaten machen 4,6% aus. - In Bezug auf das Alter der Hirntoten stellte Shewmon fest:

- Die drei Hirntoten mit den längsten Zeiten (2,7 und 5,1 und 14,5 Jahre) waren Neugeborene und kleine Kinder.

1 Alan Shewmon: Chronic "brain death" Meta-analysis and conceptual consequences. In: Neurology 1998;51;1538-1545.

- Alle 9 Hirntoten mit Zeiten über 4 Monate waren jünger als 18 Jahre.

- Allen 17 Hirntoten mit über 30 Jahren versagte der Blutkreislauf innerhalb der ersten 2,5 Monaten.

In Anbetracht dessen, dass es bei Kindern besonders schwierig ist, den Hirntod sicher festzustellen, gewinnen die drei längsten Zeiten einen ganz anderen Stellenwert. Die Studie zeigt, wie sehr die Zeiten mit möglichem funktionierendem Blutkreislauf vom Alter des Hirntoten abhängig sind.

Als nüchterne Bilanz aus der Studie von Alan Shewmon kann man zwei Erkenntnisse ziehen:

1. Je jünger der Hirntote ist, desto länger kann der Blutkreislauf aufrecht erhalten.
2. Je länger die Behandlungszeit nach Feststellung des Hirntodes dauert, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit eines irreversiblen Herzstillstandes.

Bedenkt man, dass Alan Shewmon Fälle aus rund 30 Jahren aus der ganzen Welt zusammengetragen hat, wird deutlich, dass diese 175 Hirntoten nicht die Normalität widerspiegeln, sondern eine absolute seltene Ausnahme darstellen. Alleine für Deutschland mit jährlich rund 4.000 Hirntoten würde dies in 30 Jahren rund 120.000 Hirntote ergeben. Diese genannten 175 Hirntote wären dann mit 1,5‰, eine absolute Rarität.

In der Wissenschaft ist es üblich, dass man bei einer Studie alle seine Quellen offenlegt, damit andere Wissenschaftler die Studie überprüfen können. Dieser Grundhaltung der Wissenschaft kam Alan Shewmon nicht nach. Das mindert die Qualität seiner Studie in der medizinischen Wissenschaft erheblich.

Es ist erstaunlich, dass von den **Kritikern** des **Hirntodkonzeptes** keiner die Studie von Alan Shewmon derart detailliert darstellt. Die Erwähnung, dass er Daten von 175 Hirntoten zusammengetragen hat, deren Blutkreislauf zwischen 1 Woche und 14 Jahren nach der Feststellung des Hirntodes dank der intensivmedizinischen Bemühungen funktioniert hat, ist zwar korrekt, erweckt aber in der Darstellung meist einen täuschenden Eindruck:

Darstellung der Studie

Petra Augustin: „Vielleicht sollte man einmal Alan Shewmon befragen, wie es um die Gehirne von hirntoten Patienten bestellt war, die einen Monat, ein Jahr, 14 Jahre in beatmeten Zustand überlebt haben?“[1]

Peter Beck: „So konnte der Neurologe D. Alan Shewmon, Universität Los Angeles, Kalifornien, nachweisen, daß 175 Patienten, bei denen der Hirntod diagnostiziert worden war, diesen überlebt haben, in einem Fall sogar um 14 Jahre (Fachzeitschrift Neurology, 1998).“[2]

KAO: „Shewmon, der früher ein Anhänger des Hirntodes war, inzwischen aber seine Meinung geändert hat, konnte zeigen, daß von 175 hirntoten Patienten mehr als 7 länger als zwei Monate "überlebten", ein Patient sogar 14 Jahre.“[3]

Alard von Kittlitz: „ Der Hirntodexperte Alan Shewmon verwies schon 1998 auf Fälle, in denen der Kreislauf von Hirntoten noch 14 Jahre nach der Diagnose selbständig funktionierte.“[4] Dies gibt den Sachverhalt unmissverständlich wieder. Anders ist es hier mit dem „ständig funktonieren“: „Der Hirntodexperte Alan Shewmon verwies schon 1998 auf Fälle, in denen der Kreislauf von Hirntoten noch 14 Jahre nach der Diagnose selbständig funktionierte.“[5]

Martina Keller: „Nach dem Schlüsselerlebnis mit dem Jungen aus San Francisco begann Shew-mon systematisch, ähnliche Fälle zu suchen und dokumentierte bis 1998 rund 175. Die längste Überlebensspanne lag bei etwa 14 Jahren.“[6]

Maria Lourdes: „Shewmon, dem als Arzt vielfältigste Phänomene bei seinen Patienten begegneten, untersuchte viele Fälle von Hirntoten. Er dokumentierte 175 Patienten mit langen Überlebenszeiten, die längste währte 14 Jahre.“[7]

1 http://hirntod-diagnose.de/info.pdf

2 https://www.ricpet.de/organspende-der-andere-in-mir.html

3 https://archiv.initiative-kao.de/vortrag-m-klein-01-12-07-hirntod-auseinandersetzung-bilanz.html

4 https://bbs.bistumlimburg.de/fileadmin/redaktion/Bereiche/bbs.bistumlimburg.de/Materialien/LBS_5.2_Fallmappe_Organspende.pdf

5 https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-hirntod-11860677.html

6 https://www.wissenschaft.de/gesundheit-medizin/das-ende

7 https://www.buntnessel.de/keineorganspendetweet.htm

Georg Meinecke: „1989 hatte Professor Shewmon 175 Fälle aufgelistet, bei denen bei Patienten der Herztod nachgewiesen wurde, die jedoch länger als eine Woche überlebt hatten, in einigen Fällen Monate, in einem Fall sogar 14 Jahre.“[1]

Stefan Rehder: „Dabei betrug die "Überlebenszeit im Hirntod", die Shewmon beobachten konnte, in einigen Fällen Monate und in einem ganz außergewöhnlichen Fall sogar ganze 14 Jahre.“[2]

Daniel Rennen: „Der US-amerikanische Neurologe Daniel Alan Shewmon, Professor für Neurologie und Pädiatrie der David Geffen School of Medicine der Universität von Kalifornien in Los Angeles und Autor mehrerer Studien zum Hirntod, hatte 1998 in einer dieser Publikationen 175 Fälle aufgelistet, in denen Patienten, bei denen der Hirntod nachgewiesen wurde, länger als eine Woche überlebt hatten. Dabei betrug die»Überlebenszeit im Hirntod«, die Shewmon beobachten konnte, in einigen Fällen Monate und in einem ganz außergewöhnlichen Fall sogar ganze 14 Jahre. Viele Verfechter der Hirntod-Theorie, für die mit dem Tod des Gehirns auch der Tod des Menschen einhergeht, halten dies bis heute für unmöglich.“[3]

Kurier der christlichen Mitte: „So konnte der Neurologe D. A. Shewmon, Universität Los Angeles, Kalifornien, nachweisen, dass 175 Patienten, bei denen der Hirntod diagnostiziert worden war, diesen überlebt haben, in einem Fall sogar um 14 Jahre (Fachzeitschrift „Neurology“, 1998)“[4]

Kathrin Krome schreibt sogar in ihrer medizinischen Dissertation in Fußnote 103: „Dies beschrieb SHEWMON in seiner 1998 veröffentlichten Arbeit. Darin zeigt er, dass ein als hirntot bezeichneter Patient noch 14 Jahre überlebte.“[5] Solch eine Formulierung („überlebte“) sollte in diesem Zusammenhang in keiner

1 http://karlmartell732.blogspot.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale.html

2 https://www.die-tagespost.de/gesellschaft/feuilleton/kopflos-aber-lebendig;art310,132798

3 https://docplayer.org/67355539-Nr-quartal-2012-issn-einzelpreis-4-e-b-ausland-foerdert-die-eu-abtreibungen-babyklappen-droht-abschaffung.html

4 http://www.christliche-mitte.de/wp-content/uploads/2018/02/12-2011_kurier.pdf https://www.biologischemedizin.net/service_informationen/wissenswertes/hirntot-organspende.html

5 https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/1439/file/Doktorarbeit.pdf

medizinischen Dissertation enthalten sein.

Eindeutig sachlich falsch sind diese Darstellungen, weil Hirntod und Spontanatmung sich gegenseitig ausschließen. Bei jeder **HTD** wird beim **Apnoe-Test** der Patient vom Beatmungsgerät getrennt. Dabei darf bis zum CO_2-Wert von 60 mmHg kein Anzeichen einer Eigenatmung erkennbar sein, andernfalls ist bereits mit einem Zucken eines Atemreflexes die Annahme auf Hirntod widerlegt. Künstlich beatmete Patienten, die vom Beatmungsgerät getrennt werden und selbständig atmen, können somit niemals hirntot sein. Wer etwas anderes behauptet, hat den **Apnoe-Test** und Grundlagen des Hirntodes nicht verstanden.

Alexandra Manzei schreibt hierzu: „Insgesamt fand er 175 Fälle, bei denen nach dem Abstellen der Beatmung nicht sofort der Tod eingetreten war. Zwischen Hirntod und Herzstillstand lag vielmehr ein Zeitraum von mehr als einer Woche bis hin zu 14 Jahren.“[1]

Georg Meinecke: „Insgesamt fand er 175 Fälle, bei denen nach dem Abstellen der Beatmung nicht sofort der Tod eingetreten war. Zwischen Hirntod und Herzstillstand lag vielmehr ein Zeitraum von mehr als einer Woche bis hin zu 14 Jahren.“[2]

Angelika Sandtmann: „Doch eine amerikanische Studie hat aufgedeckt, dass von 12.000 Hirntoten nach Abschalten der Beatmungsgeräte immerhin 175 Menschen mindestens eine Woche bis zu 14 Jahre weitergelebt haben!“[3]

Hirntod und **Spontanatmung**

schließen sich gegenseitig aus.

1 https://www.fr.de/politik/noch-warm-ist-nicht-11324822.html

2 https://kraeutermume.wordpress.com/tag/horror

3 https://www.diemorgengab.at/WfGW/WfGWmblB37.htm

4.3 Einzelnen Stimmen und gemeinsame Erklärungen

In den Jahren 1994 bis 2015 brachten 9 medizinische Gesellschaften 7 **gemeinsame Erklärungen** über den Hirntod heraus. Es ist völlig unverständlich, warum in der Diskussion um das Hirntodkonzept zwar einzelne **Kritiker** genannt werden, aber keine dieser gemeinsamen Erklärungen. Dabei hat bis auf die **BÄK** keine dieser medizinischen Gesellschaften etwas mit der Organspende zu tun, sondern ausschließlich mit der Feststellung des Hirntodes. Viele dieser Gesellschaften enthalten ein „N“ für „Neurologie“ in ihren Abkürzungen, verstehen somit sehr viel vom Gehirn, dazu besteht bei ihnen kein Interessenkonflikt. Warum selbst in wissenschaftlichen Arbeiten zum Hirntod diese gemeinsamen Schriften nicht genannt werden, ist völlig unverständlich.

Hier sind die zentralen Aussagen dieser Erklärungen kurz zusammengefasst:

- **1994 - DGAI, DGN, DGNC, DPG**[1]
  - Es gibt nur einen Tod, den Hirntod.
  - Seine Feststellung erfolgt als Nachweis eines bereits unabänderlichen Zustands.
  - Ein Mensch, dessen Gehirn abgestorben ist, kann nichts mehr aus seinem Inneren und aus seiner Umgebung empfinden, wahrnehmen, beobachten und beantworten, nicht mehr denken, nichts mehr entscheiden.
  - Mit dem völligen und endgültigen Ausfall der Tätigkeit seines Gehirns hat der Mensch aufgehört, ein Lebewesen in körperlich-geistiger oder in leiblich-seelischer Einheit zu sein.
  - Das Gehirn stirbt ab, wenn die Sauerstoffversorung des Hirngewebes mehrere Minuten unterbrochen wird oder wenn der Druck im Hirnschädel den arteriellen Blutdruck übersteigt und dadurch die Hirndurchblutung aufhört.
  - Auch wenn das Gehirn abgestorben ist, lässt sich die im Herzen selbst entstehende Herztätigkeit durch intensivmedizinische Maßnahmen und durch Beatmung aufrechterhalten.
  - Der Tod wird unabhängig davon festgestellt, ob eine anschließende

1 DGAI, DGN, DGNC, DPG: Gemeinsame Stellungnahme. (1994)

Organentnahme möglich ist.

- **1997 - BÄK, DGAI, DGCH, DGIM, DGN, DGNC, DPG[1]**
  - Die oftmals irreführenden öffentlichen Diskussionen haben zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung geführt.
  - Das TPG muss Rechtssicherheit schaffen, dass Hirntote Tote sind.
  - Das TPG soll die praktizierte erweiterte Zustimmungslösung beibehalten.
  - Das TPG soll eine patientenorientierte Verteilung der Organe vorschreiben
- **2001 – DGAI, DGN, DGNC, BÄK, WB-BÄK[2]**
  - Seit 1982 gibt es die Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes.
  - 1993 wurde vom WB-BÄK die anthropologische Begründung für die Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen dargelegt.
  - Übereinstimmend auch mit der neueren wissenschaftlichen Literatur wird gegenüber anders lautenden und missverständlichen Äußerungen – leider auch einzelner Ärzte – klargestellt:
    - An der biologisch begründeten Definition des Hirntods, an der Sicherheit der Hirntodfeststellung und an der Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen hat sich nichts geändert.
    - Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahmen keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (zum Beispiel Narkose) nötig. Die Tätigkeit eines Anästhesisten bei der Organentnahme ... dient ausschließlich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe.
- **2002 - DGN DGNC, DIVI[3]**
  - An der Definition, an der Sicherheit der Feststellung und an der Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen hat sich nichts geändert.

---

1 BÄK, DGAI, DGCH, DGIM, DGN, DGNC, DPG: Ärztliche Erklärung. (1997)

2 DGAI, DGN, DGNC, BÄK, WB-BÄK: Erklärung zum Hirntod. (2001)

3 DGN, DGNC, DIVI: Hirntod. Klarstellung (2002)

- Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Bei Organentnahmen nach dem Hirntod ist keine Narkose zur Schmerzverhütung nötig.
- Hirntod bedeutet irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, festgestellt während einer Intensivbehandlung und kontrollierter Beatmung mit allein dadurch noch aufrechterhaltener Herz- und Kreislauffunktion.
- Diese Definition des Hirntods ... beruht damit allein auf naturwissenschaftlichen Befunden und Zusammenhängen.
- Der Hirntod als irreversibler Verlust der gesamten Hirntätigkeit kann und muss eindeutig von allen Zuständen eines reversiblen oder partiellen Hirnausfalls unterschieden werden.
- Der Tod als biologisches Lebensende des Menschen kann und muss eindeutig vom Tod der Körperteile unterschieden werden.
- Die Medizin verdankt ihren Fortschritt den Naturwissenschaften, den Geisteswissenschaften ihre Menschlichkeit. Nur mit beiden zusammen kann der Arzt dem Menschen dienen.

- **2012 – DGN, DGNC, DGNI[1]**
  - Der nachgewiesene Hirntod ist ein wissenschaftlich belegtes sicheres Todeszeichen. Diesbezügliche Bedenken halten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand.
  - Der Nachweis des Hirntodes ist in Richtlinien festgelegt. Sie geben den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wieder.
  - Scheinbare Widersprüche zwischen den Ergebnissen der Untersuchungen ohne und mit Geräten sind zweifelsfrei geklärt.
  - Der Apnoe-Test ist zum Nachweis aller Ausfallbefunde des Gehirns unerlässlich. Bei vorschriftsgemäßer Untersuchung ist keine zusätzliche Schädigung des Gehirns zu befürchten.
  - Weltweit ist keine Erholung der Hirnfunktion eines Menschen nachgewiesen worden, der nach richtliniengemäß festgestelltem und dokumentiertem Ausfall der Gesamtfunktion seines Gehirns

1 DGN, DGNC, DGNI: Erklärung. (2012)

weiterbehandelt wurde.

- **2014 – DGN, DGNC, DGNI[2]**
  - Die DSO nennt für 3 Jahre 8 Organspender, bei denen der Hirntod formal nicht richtig diagnostiziert wurde. In allen Fällen fiel der Fehler auf, bevor es zur Orgenentnahme kam. Die DGNI, DGN und DGNC nehmen hierzu Stellung:
    - Die HTD ist die sicherste Diagnostik in der Medizin, wenn sie nach den geltenden Kriterien durchgeführt wird. Um den hohen Standard auch qualitativ abzusichern, sollte mindestens ein Neurologe oder Neurochirurg mit langjähriger Erfahrung bei der HTD beteiligt sein.
    - Das diskutierte Konzept des Non-Heard-Beating-Donors (NHBD) ist weiterhin strikt abzulehnen, da es ein höheres Risiko von Fehldiagnosen in sich birgt.
    - Der Hirntod bedeutet den Tod des Individuums.
    - Die Feststellung des Hirntodes wird nicht vor dem Hintergrund einer eventuellen Transplantation durchgeführt.
- **2015 – DGN, DGNC, DGNI[2]**
  - Ein Neurologe oder Neurochirurg sollte bei der HTD dabei sein. Derzeit ist dies bei etwa ¾ der HTD der Fall.
  - NHBD ist strikt abzulehnen.
  - Bei mehr als der Hälfte der Menschen wird der Hirntod diagnostiziert, auch wenn nach der Diagnose keine Organentnahme erfolgt.

Ein Hinweis:

Im Jahr 2001 veröffentlichten Eberhard Götz (Präsident der **DGAI**), Falk Oppel (1. Vorsitzender der **DGNC**), Werner Hacke (1. Vorsitzender der **DGN**), Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der **BÄK**) und Karl-Friedrich Sewing (Vorsitzender des **WB-BÄK**) im Deutschen Ärzteblatt eine gemeinsame „Erklärung zum Hirntod“. Darin heißt es:[3]

2 DGN, DGNC, DGNI: Gemeinsame Stellungnahme. (2014)

2 DGN, DGNC, DGNI: Gemeinsame Stellungnahme. (2015)

3 DGAI, DGN, DGNC, BÄK, WB-BÄK: Erklärung zum Hirntod. (2001)

Übereinstimmend auch mit der neueren wissenschaftlichen Literatur wird gegenüber anders lautenden und missverständlichen Äußerungen – leider auch einzelner Ärzte – klargestellt:

1. *An der biologisch begründeten Definition des Hirntods, an der Sicherheit der Hirntodfeststellung und an der Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen hat sich nichts geändert.*
2. *Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahmen keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (zum Beispiel Narkose) nötig. Die Tätigkeit eines Anästhesisten bei der Organentnahme – zu Maßnahmen wie zum Beispiel der künstlichen Beatmung, der Kontrolle der Herztätigkeit und des Kreislaufs sowie der notwendigen Ruhigstellung der Muskulatur – dient ausschließlich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe.*

Bezüglich der nicht näher genannten „neueren wissenschaftlichen Literatur" antwortete auf Anfrage Wolfgang Heide im E-Mail von 10.04.2017: „Die Studien von Alan Shewmon (1998) wurden mitberücksichtigt, seine medizinethische Auffassung wird aber nicht geteilt." Damit ist dokumentiert, dass in deutschen Fachkreisen die Studie von **Alan Shewmon** sehr wohl bekannt ist, sie aber keinen Widerspruch zum Hirntodkonzept darstellt.

2018: 10 Mediziner, 2 Juristen, 1 Philosoph und 1 Theologe zu Shewmons Aussagen

Am 12.10.2018 veröffentlichte eine aus 13 Professoren und einem Dr. bestehende Arbeitsgruppe unter der Leitung von Stephan A. Brandt und Heinz Angstwurm im Deutschen Ärzteblatt den Artikel „Bedeutung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als sicheres Todeszeichen".[1] Darin wird wie folgt auf die Argumente von Alan Shemon eingegangen:

*Die vermutlich größten Schwierigkeiten, die Bedeutung des **IHA** als sicheres Todeszeichen zu akzeptieren, bestehen noch immer darin, dass Betroffene nicht wie Verstorbene aussehen und sogar gelegentlich rückenmarksbedingt Bewegungen (spinale Automatismen) zeigen können. Über die zugrunde liegenden Phänomene ist entsprechend aufzuklären, um Verständnisschwierigkeiten zu vermeiden. Keine der folgenden*

1 https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=201461

*Einwendungen widerlegt die Bedeutung des **IHA** als sicheres Todeszeichen:*

1. *Wichtige Körperfunktionen seien weiterhin vorhanden, zum Beispiel Verdauung, einschließlich der Übernahme der Nährstoffe in den Körper (Resorption und Assimilation), Ausscheidungen, Aufrechterhaltung der Körpertemperatur, Blutdruckerhöhung nach äußeren Reizen, Erhaltung einer Schwangerschaft bis zur Geburtsreife des Kindes.*
2. *Das Gehirn habe für die Lebensfähigkeit eine mehr regelnde, die Qualität und das Überlebenspotenzial erhöhende, als eine konstituierende Bedeutung. Die integrative Einheit sei ein inhärentes, nicht lokalisierbares Merkmal eines komplexen Organismus .*
3. *Auch ohne das Gehirn könne der Körper auf Reize und Signale aus der Umwelt reagieren.*
4. *Der **IHA** sei als sicheres Todeszeichen deklariert worden, um Organe und Gewebe zur Transplantation entnehmen zu können.*

*Zu 1: Nach dem **IHA** funktionieren die über den Kreislauf, das vegetative Nervensystem und das Rückenmark miteinander verbundenen Organe nicht von sich aus weiter, sondern nur, weil und so lange die Intensivbehandlung ihre Blutversorgung künstlich aufrechterhält. Die Spontanität und die Selbstständigkeit des Betroffenen sind irreversibel ausgefallen.*

*Die Entwicklung und Reifung eines Kindes im Mutterleib wird von der Plazenta gesteuert. Nach dem **IHA** der Mutter versorgt ihr allein künstlich aufrecht erhaltener Kreislauf das Kind mit Nährstoffen. Tierexperimentell ist erwiesen, dass die Entwicklung bis zur Geburtsreife in einer isolierten Gebärmutter möglich ist (35, 36). Mit einer Schwangerschaft bei **IHA** verbinden sich nicht nur biologische, sondern unter anderem auch ethische Fragen; dies ändert aber nichts an der Bedeutung des **IHA** als sicheres Todeszeichen*

*Zu 2: Mit dem **IHA** fehlen die mit dem Gehirn verbundenen Regelungskreise; sowohl die Spontanität der anderen Organfunktionen als auch deren Integration zur Einheit des Menschen als Lebewesen ist unmöglich geworden.*

*Zu 3: Nach dem **IHA** besteht nur noch ein passiver Bezug des Betroffenen zu seiner Umwelt. Die Einflussmöglichkeiten der Umwelt auf den Betroffenen sind begrenzt auf Einwirkungen auf die Haut und die Muskulatur. So kann es zu stereotypen Hautveränderungen, Blutdruckphänomenen oder Bewegungsmustern je nach Reiz und je nach „Verschaltung“ im Hautnervenbereich, im vegetativen Nervensystem oder im Rückenmark (zum Beispiel spinale Automatismen) kommen. Die Wahrnehmung von und die Reaktion auf akustische und optische sowie Geruchs- und Geschmacksreize sind jedoch irreversibel ausgefallen.*

*Zu 4: Dieser Einwand trifft weder historisch (29–33) noch sachlich zu. So hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (39) schon Monate vor der Veröffentlichung des Harvard Komitees im Jahr 1968 (28) und auch unabhängig von einer möglichen Organentnahme den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als Todeszeichen beschrieben. Die Bedeutung des **IHA** als Todeszeichen ist naturwissenschaftlich begründet. Seine Beschreibung erfolgte in einer Zeit, in der sich Intensivmedizin und Transplantationsmedizin parallel entwickelt haben. Die Feststellung des **IHA** hat unabhängig vom jeweiligen Kontext ihrer Anwendung Bestand.*

Es verständlich, dass die **Kritiker** des **Hirntodkonzeptes** und/oder der Organspende diese **gemeinsamen Erklärungen** meiden. Sie stünden mit ihrer Aussage als Einzelperson oder auch als Gruppe gemeinsamen Erklärungen von medizinischen Gesellschaften gegenüber.

Unverständlich hingegen ist, dass unter den Befürwortern des **Hirntodkonzeptes** kaum auf diese **gemeinsamen Erklärungen** hingewiesen und damit bekannt gemacht werden. Wegen ihres Inhalts und ihrer Gewichtung haben diese gemeinsamen Erklärungen es verdient, breiter in der Gesellschaft bekannt gemacht zu werden.

4.4 Bücher von angeblichen Hirntoten

Auf dem deutschen Büchermarkt gibt es einige Bücher, deren Autoren angeblich hirntot waren und aus dem Hirntod wieder ins Leben zurückgekommen seien. Zumindest vier von ihnen sind es wert, näher betrachtet zu werden:

Name	*Buchtitel*	*Ursache*
Julia Tavalaro	Bis auf den Grund des Ozeans	2 Schlaganfälle
Martin Pistorius	Als ich unsichtbar war	ungeklärt
Kate Allat	So nah bei dir und doch so fern	Schlaganfall
Angèle Lieby	Eine Träne hat mich gerettet	ungeklärt

Tab. 7 – Bücher von angeblichen Hirntoten

Julia Tavalaro: Bis auf den Grund des Ozeans

Bis auf den Grund des Ozeans.
"Sechs Jahre galt ich als hirntot. Aber ich bekam alles mit"

So wird dieses Buch auf dem deutschen Büchermarkt präsentiert.

Julia Tavalaro (1935-2003) erlitt mir 32 Jahren am 6.8.1966 einen Schlaganfall, der ihre linke Körperhälfte lähmte, am 11.8.1966 einen zweiten Schlaganfall ihre rechte Körperhälfte. Dazu wurde sie stumm. Unfähig, sich mitzuteilen, kam sie in ein Hospital, wo im Jahre 1973 die Sprachtherapeutin Arlene Kraat feststellte, dass Julia Tavalaro sehr wohl mit Augenbewegungen "antworten" konnte. Eine spezielle Therapie begann, die sie befähigte, ihren Rollstuhl per Joystick zu steuern. Im Jahre 1987 nahm sie an Schreibkursen teil und brachte Jahre später durch Richard Tayson ihre Autobiographie heraus: "Look up for yes" (Sehen Sie mich an)

An Julia Tavalaro war nie der Hirntod festgestellt worden. Im englischen Original "Look Up for Yes" wird Julia Tavalaro nie als Hirntote bezeichnet. Sie wurde in der Übersetzung ins Deutsche zur Hirntoten gemacht.

Martin Pistorius: Als ich unsichtbar war

Als ich unsichtbar war:
Die Welt aus der Sicht eines Jungen, der 11 Jahre als hirntot galt.

Martin Pistorius erkrankte mit 12 Jahren. Die Diagnose in der Klinik lautete Tuberkulose und eine Hirnhautentzündung. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich so, dass er innerhalb von 18 Monaten stumm war. Er schlief

die ganze Zeit und verlor seine motorischen Fähigkeiten. Die Ärzte entließen Pistorius nach Hause und gaben ihm nur noch zwei Jahre zu leben. In seinen Selbstgesprächen lernte er, negative Gedanken zu vermeiden und sich schönen Gedanken hinzugeben. Der weitere Krankheitsverlauf machte ihn völlig bewegungsunfähig (**Locked-in-Syndrom**). Die Ärzte sprachen von lebenlanger Schwerstbehinderung. Nach 12 Jahren schafft er es, sich durch Blinzeln bemerkbar zu machen. Langsam kam Martin Pistorius aus dem **Locked-in-Syndrom** heraus. Inzwischen ist Martin Pistorius verheiratet und kommuniziert er über sein Tablet mit seiner Frau Jonah.

An Martin Pistorius war nie der Hirntod festgestellt worden. Im englischen Original wird Martin Pistorius nie als Hirntoter bezeichnet. Er wurde in der Übersetzung ins Deutsche zum Hirntoten gemacht..

Kate Allat: So nah bei dir und doch so fern

So nah bei dir und doch so fern:
Als ich in meinem Körper gefangen war

„Kate plant mit ihrem Mann und Freunden gerade die Besteigung des Kilimandscharo, als sie plötzlich einen Schlaganfall erleidet. Die Ärzte halten sie für hirntot, da sie unfähig ist, sich zu bewegen und in irgendeiner Form mitzuteilen. Doch Kate bekommt alles, was um sie herum geschieht, mit, denn sie leidet am Locked-in-Syndrom.

Verzweifelt versucht sie mithilfe ihrer Augen, Kontakt aufzunehmen, denn diese sind das Einzige, was sie kontrollieren kann. Als sie es endlich schafft, sich mitzuteilen, kämpft sie sich Schritt für Schritt zurück ins Leben.“[1] So wird das Buch im Buchhandel vorgestellt.

Wie der Text der Buchbesprechung selbst zeigt, halten die Ärzte Kate Allat für hirntot. Es ist kein Wort davon, dass eine Hirntoddiagnostik durchgeführt und der Verdacht auf Hirntod bestätigt wurde.

Angèle Lieby: Eine Träne hat mich gerettet

Eine Träne hat mich gerettet:
Sie hielten mich für tot, aber ich kämpfte mich zurück ins Leben

Es ist schwer zu recherchieren, was bei Angèle Lieby wirklich abgelaufen ist.

Eine französisch-sprachige medizinische Internetseite nennt, dass von

1 https://www.amazon.de/nah-bei-dir-doch-fern/dp/340460752X

ärztlicher Seite betont wurde, dass in Frankreich zur Feststellung des Hirntodes in Abstand von 4 Stunden 2 EEGs ohne elektrische Hirnaktivität gemacht werden müssen. Bei Angèle Lieby war das EEG nicht flach, es zeigte Aktivitäten auf.

Am 28.01.2020 zitiert die Badische Neueste Nachrichten (BNN) Martin Herpers von der Freiburger Universitätsklinik, der den Fall bei seinen französischen Kollegen nachrecherchiert hat, mit den Worten: "Zum anderen fehlte die Diagnose" und "Wenn ein Arzt keine Ursache nachweisen kann, warum der Hirntod eingetreten ist", so der erfahrene Neurologe, "dann darf er keinen Hirntod feststellen."

Bei Angèle Lieby konnte offensichtlich ein **EEG** abgeleitet werden. Damit war an Angèle Lieby nie der Hirntod nachgewiesen worden.

Fazit

Bei keinem dieser 4 Buchautoren wurde je Hirntod diagnostiziert. Damit kann nicht behauptet werden, dass auch nur einer von hirntot war und hernach wieder ins Leben zurückgekommen sei. Mögliche Gründe für diese falsche Aussagen können sein:

- Die Autoren wurden durch einen Übersetzungsfehler ins Deutsche zur Hirntoten gemacht, was eher unwahrscheinlich ist..
- Die Autoren wurden bewusst durch die Übersetzung ins Deutsche zur Hirntoten gemacht, weil sich Bücher von "lebenden Hirntoten" (Sensation!) besser verkaufen als aus dem Koma aufgewachten Patienten.

Durch diese falschen Aussagen werden Leser zum Thema Hirntod verunsichert oder es wird gar (bewusst?) ein falsches Bild vermittelt. Beides ist eine **Demontage des Ideals**.

4.5 Lebende Hirntote

Neben diesen Büchern gibt es von einzelnen Autoren die Aussage, dass Hirntote wieder ins Leben zurückgekommen seien. Hierzu muss erwähnt werden dass in über 50 Jahren weltweit ca. 10 fehlerhaft durchgeführte **HTD** gegeben hat, die einen Hirntod diagnostiziert haben, wo keiner war. Bedenkt man, dass alleine in Deutschland ca. 4.000 **HTD** durchgeführt werden, so sind dies allein für Deutschland in 50 Jahren 200.000 **HTD**, von denen keine zu einem falschen Ergebnis gekommen ist und damit in Deutschland keine Rückkehr ins Leben geschehen ist.

Name	*alt*	*Jahr*	*Nat*
Agnieszka Terlecka	20	?	POL
Wioletta Plisinska	19	?	POL
John Foster	47	2007	USA
Zach Dunlap	36	2008	USA
Stephen Thorpe	21	2008	GBR
Colleen S. Burns	41	2009	USA
Marina Hartmann	7	2012	ESP
Suzanne Chin		2013	HKG

Tab. 8 – Patienten mit falscher **HTD**

Von den in der Literatur und im Internet genannten **lebenden Hirntoten** wurde an diesen die **HTD** fehlerhaft durchgeführt. Schuld daran ist nicht die Richtlinie für die **HTD**, sondern deren unkorrekte Durchführung (siehe Tab. 8).[1] Damit stimmt die Aussage: Die **HTD** ist die sicherste Diagnostik in der Medizin.

1 Es muss an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass in einigen dieser Nationen **DCD** erlaubt ist, was in Deutschland verboten ist, weil es unsicher den Hirntod herbeiführt.Es könnte somit sein, dass einige dieser „**lebenden Hirntoten**“ aus einem zu kurz angesetzten Herzstillstand resultieren.

In diesem Zusammenhang seien auch alle die Patienten genannt, denen die Literatur und Artikel im Internet den Zustand Hirntod zuschreiben und aus diesem wieder zurückgekommen seien. An allen diesen wurde nie der Hirntod diagnostiziert. Sie alle wurden durch Autoren zu Hirntoten gemacht. Tab. 9 listet hierzu die Treffer der deutschen und englischsprachigen Internetseiten, als Google im Dezember 2016 diese Namen in Verbindung mit „Hirntod“ bzw. „Brain Death“ gefunden hat.

Name	*dt.*	*en.*	*Nat*
Terri Schiavo	982	42.900	USA
Taylor Hale	382	716	USA
Pam Reynolds	286	3.470	USA
Jan Kerkhoff	261	7	NLD
Angèle Lieby	243	29	FRA
Karen Ann Quinlan	232	7.470	USA
Carina Melchior	135	1.360	DNK
Terry Wallis	104	2.240	USA
Rom Houben	87	3.530	BEL
Nancy Cruzan	84	9.590	?
David Russell	27	26.000	GBR
Jimi Fritze	20	240	SWE
Madeleine Gauron	15	416	CAN
Sam Schmid	14	2.070	USA
Val Thomas	13	699	USA
Gloria Cruz	11	1.200	AUS

Tab. 9 – Patienten ohne diagnost. Hirntod

Auf zwei Fakten ist hierbei hinzuweisen:

1. **D/A/CH** ist hierbei nicht genannt.
2. Es gibt deutliche Unterschiede in der statistischen Auswertung zwischen dem deutsch- und dem englischsprachigen Internet.

Gloria Cruz war die erste „Hirntote“, auf die der Autor mit Nachdruck hingewiesen wurde, dass sie aus dem Hirntod zurückgekommen sei. So machte sich der Autor am 11.11.2013 daran, hierzu gründlich zu recherchieren. Von den damals 40 Internetseiten, die Gloria Cruz als Hirntote angaben, gab es 4 Internetseiten, auf die als Quelle verwiesen wird. Die Quelle B verwies auf Quelle A. Die Quelle C nannte keine Quelle. Die Quelle Z wurde nur im Satz davor genannt und hat keinen rechten Bezug zu der Aussage, dass Gloria Cruz hirntot gewesen sei. Die Quellen C und Z erwähnten **Gloria Cruz** gar nicht. Damit bleibt als einzige zurückzuführende Quelle A. Interessant ist die statistische Auswertung der Quellen:

- Eine Seite verweist auf A.
- Eine Seite verweist auf B, die wiederum auf A verweist.
- Zwei Seiten verweisen auf C, die Gloria Cruz gar nicht nennt.
- Acht Seiten besitzen keine Quellenangaben.
- 24 Seiten stehen im Zusammenhang mit Z, die Gloria Cruz gar nicht nennt.
- Eine Seite verweist auf eine englische Zeitungsmeldung.

Damit verweisen alle übrigen Seiten - 24 an der Zahl - auf eine Seite, die Gloria Cruz gar nicht erwähnen. Das erweckt den Eindruck, dass einer etwas geschrieben und alle andere abgeschrieben (kopiert) haben, ohne die angegebene Quelle zu überprüfen. - Dass 5 Seiten den gesamten Text gleich haben und 20 Seiten den Kern gleich haben, ist ein starkes Indiz dafür, dass hier einfach ungeprüft kopiert wurde. Damit zeigt sich:

Häufiges Abschreiben (Kopieren) eines Textes ist kein Garant für Wahrheit.

Beispiele von Aussagen

Georg Meinecke: „Inzwischen gibt es zahlreiche Fälle, in denen für hirntot erklärte Patienten, die nicht explantiert wurden, wieder gesundeten und weiter gelebt haben. So wurde z.B. der Priester Don Vittorio vom Institut Christuskönig und Hohe Priester nach einem schweren Autounfall für hirntot erklärt. Da der Generalobere des Institutes jedoch gegen eine Organentnahme protestierte und die Verlegung in ein anderes Krankenhaus veranlasste, kam der Patient dort wieder zu vollem Bewusstsein und wurde letztlich so weit geheilt, dass er seinen priesterlichen Dienst wieder aufnehmen konnte.“ und weiter: „Bei der 56jährigen **Gloria Crux** wurde der Hirntod diagnostiziert. Sie überlebte, weil ihr Ehemann das Abschalten der Geräte verhindern konnte.“ und weiter: „Inzwischen gibt es zahlreiche Fälle, in denen für hirntot erklärte Patienten, die nicht explantiert wurden, wieder gesundeten und weiter gelebt haben.“ und weiter: „In Polen soll es einen Facharzt geben, der sich auf die Wiederbelebung hirntoter Patienten spezialisiert hat. Bereits vor Jahren soll ihm dies in über 250 Fällen gelungen sein!“[1]

1 https://dieunbestechlichen.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale-organtransplantation

4.6 Die Schmerzen der Hirntoten

In den **gemeinsamen Erklärungen** wird mehrmals ausdrücklich von Neurochirurgen bzw. Neurologen bestätigt, dass Hirntote kein Schmerzempfinden haben. Es sei daran erinnert, dass bei jeder **HTD** der **Trigeminus** gereizt und damit ein größtmöglicher Schmerzreiz ausgelöst wird. Wenn dabei auch nur die kleinste Reaktion wahrzunehmen ist, wäre damit Hirntod widerlegt. Und schließlich: Bei Hirntod kommt es zu einem Durchblutungsstopp des Gehirns. Was nicht durchblutet wird, kann nicht weiterleben und stirbt ab. Vom medizinischen Standpunkt her ist es klar, dass **Hirntote** keine **Schmerzen** haben können. Dennoch wollen die Stimmen nicht enden, dass Hirntote Schmerzen empfinden könnten:

EFiD: „Daher gibt es ausreichend Gründe, Organspender_innen bei der Operation zur Explantation vollständig – d.h. unter Ausschaltung von Schmerzen und Bewusstsein sowie Entspannung der Muskel – zu narkostisieren.[1]“[2] EFiD fordert daher „VOM GESETZGEBER die Festschreibung, dass Organentnahmen nach festgestelltem Hirntod nur unter der Bedingung einer Vollnarkose, d.h. Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung und Muskelentspannung erlaubt ist“.[3]

EFiD: „Unser Organspende-Ausweis ist anders, weil er die Möglichkeit bietet, einer Organspende unter der Bedingung einer Vollnarkose bei der Entnahmeoperation zuzustimmen. Weil niemand mit letzter Sicherheit ausschließen kann, dass Spender_innen während der Organentnahme noch Schmerzen empfinden können, sagen wir: Organentnahme sollte grundsätzlich unter Vollnarkose erfolgen.“ [4]

EKMD: „Die sich zur Organentnahme zur Verfügung gestellten Menschen sind Sterbende und keine Leichname und haben einen Anspruch auf menschenwürdigen Umgang mit ihnen und auf ein begleitetes Sterben! Das heißt auch: Entnahme von Organen nur unter Narkose.“[5]

1 Die Frage, ob und ggf. wann die Organentnahme unter (welcher Art von) Narkose erfolgt, wird in den eurpäischen Ländern unterschiedlich beantwortet.

2 EFiD: Organtransplantation. Positionspapier 2013. Hannover 2013, 12.

3 EFiD: Organtransplantation. Positionspapier 2013. Hannover 2013, 5.

4 http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leporello_WEBfassung.pdf 9

5 https://www.ekmd.de/aktuell/nachrichten/reform-der-organspende-regelung-im-

Alfons Grau: „In der Schweiz ist für diesen Akt des "kontrollierten Zuendesterbens" Vollnarkose vorgeschrieben und dient nicht nur der Ruhigstellung des 'Spenders'.“[1]

Georg Meinecke: „Da ein Schmerzempfinden mit letzter Sicherheit nicht ausgeschlossen werden kann, ist in der Schweiz inzwischen eine Vollnarkose bei der Organentnahme am "Toten" vorgeschrieben.“[2]

Dieter Potzel: „Außerdem werden allenfalls in der Schweiz verstärkt Narkosen durchgeführt, in anderen Ländern nur dann, wenn der "Tote" unerwartet deutliche Lebenszeichen von sich gibt. Dies ist auch in der Schweiz der Hintergrund.

So schreibt Elvira Del Prete vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit **BAG**: 'Die Aussage, dass in der Schweiz bei einer Organentnahme eine (Voll)Narkose gesetzlich verbindlich ist, ist nicht korrekt. Die Frage der Narkose bei einer Organentnahme ist im Transplantationsgesetz nicht geregelt. Zur Vermeidung spinaler [das Rückenmark betreffender] Reflexe empfiehlt in der Schweiz die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihrer medizinisch-ethischen Richtlinien ´Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen (2011)` bei der Organentnahme die Verabreichung von Inhalationsanästhetika.' (Brief an Joachim Krause vom 17.1.2014)“[3]

Anna Schmidt: „In der Schweiz bekommen die Hirntoten zur Organentnahme eine Narkose. Warum? Ein Toter sollte nichts mehr spüren. Offenbar ist man sich aber nicht sicher, das sollte einen schon nachdenklich machen. Die Patienten haben häufig noch verschiedene Reflexe, bewegen sich manchmal noch. Es ist nicht auszuschließen, dass die Spender furchtbarste Schmerzen erleiden.“[4]

---

bundestag-regionalbischoefin-friederike-spengler-keine-fremdverfuegung-des-menschen.html

1 https://www.mainpost.de/ueberregional/meinung/leserbriefe/Menschen-werden-in-die-Irre-gefuehrt;art17031,6794067

2 https://www.heilpraktiker-berufs-bund.de/interessantes/91-das-brutale-geschaeft-mit-der-organspende.html 9 https://friedliche-loesungen.org/artikel/wuerdelose-brutale-und-lukrative-geschaeft-mit-organspende

3 https://www.theologe.de/theologe17.htm

4 http://schutz-brett.org/3/de/allcategories-de-de/12-deutsche-beitraege/aktuell/855-

Aussagen aus der Schweiz

Immer wieder wird behauptet, dass in der Schweiz für die Organentnahme eine Vollnarkose vorgeschrieben sei, um evtl. Schmerzen der Organspender zu vermeiden. - Dieser Aussage muss entschieden widersprochen werden, denn die **SAMW** brachte im Jahre 2012 oder 2013 eine 4-seitige Schrift "Fakten und Argumente" heraus, in der es auf Seite 2 heißt:

> *Naturwissenschaftlich gesehen gibt es keine exakte zeitliche Zäsur zwischen Leben und Tod; das Sterben des Organismus als Ganzes, der Organe und der verschiedenen Zellen ist ein Prozess. Auch nach dem Funktionsausfall des Gehirns sind bestimmte unwillkürliche Reaktionen (z.B. Muskelreflexe) noch möglich. Solche Reflexe sind der Grund dafür, dass Organspender bei der Organentnahme eine Narkose erhalten.*

In der von Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (**SGI**) und Swisstransplant herausgebrachten Schrift "Organspende und Transplantation" (30.08.2013) heißt es auf Seite 31:[1]

> *Es wird empfohlen eine Narkose einzuleiten um spinalen Reflexen und Muskelkontraktionen vorzubeugen. (s. SAMW Richtlinien Seite 19)*

In einem dem Autor vorliegenden Schreiben aus dem Bundesamt für Gesundheit heißt es:

> *Richtlinien zur Organentnahme in der Schweiz*
> *Die von der Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) verfassten Richtlinien halten folgendes fest:*
> *"Bei der Organentnahme hat man es mit dem Körper eines Toten zu tun. Dieser besitzt jedoch nach wie vor ein weitgehend funktionstüchtiges spinales und autonomes Nervensystem. Der tote Körper kann deshalb auf Reize reagieren und motorische Reaktionen zeigen. Mit der Verabreichung von Anästhetika können solche Reaktionen weitestgehend verhindert werden. Dies trägt zur Entlastung der bei einer Organentnahme involvierten Personen bei. Da die Verabreichung von Anästhetika bis zu einem gewissen Grade ischämieprotektiv wirkt und einer Verletzung der zu entnehmenden Organe vorbeugt, ist sie auch im Interesse des Empfängers. Aus diesen Gründen wird die Verabreichung von*

vorsicht-vor-organspende-wie-sie-sich-gegen-organspende-waehren-koennen.html

1 https://docplayer.org/53050944-Organspende-und-transplantation-in-der-schweiz-quo-vadis.html

Inhalationsanästhetika empfohlen".
In der Schweiz wird nach diesen SAMW-Richtlinien vorgegangen. Das heisst:

- *es wird in der Regel keine Vollnarkose durchgeführt. Es werden z.B. keine Sedativa verwendet, was für eine Vollnarkose zwingend erforderlich wäre.*
- *es werden Substanzen verwendet, welche die spinalen Reflexe und die kardiozirkulatorischen Reaktionen unterdrücken (Fentanyl und Muskelrelaxantien)*
- *es werden in der Regel volatile Anästhetika eingesetzt, da diese eine organprotektive Wirkung haben. Diese Massnahme wird jedoch (noch?) nicht bei allen Organentnahmen angewandt, da kontrollierte Studien und Untersuchungsergebnisse, die diese Wirkung eindeutig belegen, bisher fehlen.*

Fazit: In keiner der Schriften der **SAMW**, des **BAG** oder des **EDI** findet sich auch nur ein Hinweis darauf, dass die Narkose wegen Schmerzen empfohlen wird. Sie wird ausdrücklich empfohlen, um die spinalen Reflexe zu unterbinden.

In der von der **DSO** herausgegebenen Schrift „Kein Weg zurück ... Informationen zum Hirntod“ heißt es auf Seite 24:[1]

In der öffentlichen Diskussion wurde in der vergangenen Zeit angeführt, in der Schweiz würde bei der Organentnahme eine Narkose empfohlen und dies sei sogar gesetzlich verpflichtend. Das ist nicht richtig. Vielmehr gibt es eine Empfehlung der »Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW)«, die für die Organentnahme eine Gabe von sogenannten volatilen Anästhetika empfiehlt, mit dem ausdrücklichen Ziel, die Durchblutung der zur Entnahme vorgesehenen Organe zu verbessern. Eine zentral auf das Gehirn wirkende Narkose ist ausdrücklich nicht damit verbunden – weil sie im Hirntod nichts mehr bewirken kann.“*

Es ist daher völlig unverständlich, weshalb – entgegen der Schweizer Schriften – noch bis in die Gegenwart hinein auf die Schweiz verwiesen wird, dass Organspender **Schmerzen** haben könnten. Diese Annahme widerspricht beim **Gesamthirntod** der medizinischen Erkenntnis sowie der Logik.

1 https://www.salus-bkk.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/organspende/Kein-Weg-zurueck.pdf

4.7 Selbstbestimmungsrecht: PV und OSA

Selbstbestimmungsrecht ist ein in Art. 2 GG verankertes Grundrecht. Hierauf bauen Patientenverfügung (**PV**) und Organspendeausweis (**OSA**) auf. Mit beiden Papieren hat jeder Bürger das Recht, für ganz konkrete Situationen seinen persönlichen Willen festzulegen:

Patientenverfügung	*Organspendeausweis*
Die **PV** benennt den Willen des Unterzeichnenden für die Fälle, wenn er seinen Willen selbst nicht mehr kund tun kann. Meist betrifft es das Lebensende und wird darin beschrieben, dass bestimmte Therapien nicht (weiter) durchgeführt werden, wenn der unaufhaltsame Sterbeprozess begonnen hat.	Der **OSA** benennt den Willen des Unterzeichneten für den Fall, dass der Hirntod festgestellt wurde. Der **OSA** gibt Antwort auf die Frage, ob der Organentnahme widersprochen[1] oder zugestimmt wurde. Dies ist für die Hinterbliebenen in dieser eh schon schweren Situation eine unschätzbare Hilfe und Erleichterung.
Es geht um die Erfüllung des Willens des Patienten, nicht um den der Angehörigen.	Es geht um die Erfüllung des Willens des Hirntoten, nicht um den der Hinterbliebenen.

Tab. 10 – Selbstbestimmungsrecht bei Patientenverfügung und Organspende(ausweis)

Missachtung des Selbstbestimmungsrechts in der Praxis

Wie so häufig im Leben, ist die gelebte Praxis nicht immer deckungsgleich mit der gelebten Praxis. Dies gilt auch bei der **PV** wie auch bei der Organspende:

- In der Praxis wird bei der **PV** das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zuweilen dadurch missachtet, weil die bevollmächtigte Person sich mit dem irreversiblen Zustand – meist dem bereits einsetzenden Sterbeprozess – nicht abfinden will und noch immer Hoffnung hat, obwohl es keine Hoffnung gibt.[2]

1 Die üblichen **OSA**, d.h. von der **BZgA**, der **DSO**, den Krankenkassen oder auch von den Patientenverbänden bieten die Möglichkeiten, der Organentnahme zu widersprechen oder zuzustimmen. Daher sind alle Menschen in ihrer Aussage unglaubwürdig, die angeben, dass sie aus einen bestimmten Anlass heraus ihren **OSA** zerrissen oder weggeworfen - aber keinen neuen ausgefüllt – haben. Es wäre dann sinnvoll, den neuen **OSA** mit „Nein“ auszufüllen.

2 Der behandelnde Arzt könnte sich in diesem Falle mit dem Verweis auf die

- In der Praxis werden bei der Frage um die Organentnahme bei vorliegendem **OSA** die Hinterbliebenen gefragt, ob ihnen ein mündlicher Widerspruch bekannt ist. Damit haben die Hinterbliebenen die Möglichkeit, dem Willen des Hirntoten entgegen, anzugeben, dass ihnen ein jüngst geäußerter Widerspruch zur Organentnahme bekannt sei.[3]

In der Diskussion um die Organspende wird immer wieder von einem Mitspracherecht der Hinterbliebenen gesprochen. Dies widerspricht jedoch einer schriftlich vorliegenden Willenserklärung in Form von **PV** und/oder **OSA**.

Es wäre ein Ausdruck der Achtung und Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, wenn man in der Diskussion um die Organspende die gleiche Haltung an den Tag legen würde, die bei der **PV**, die da lautet:

Es gilt, den Wunsch des Hirntoten umzusetzen.

Konfliktfall zwischen PV und OSA

In den seltenen Fällen, dass mit dem Eintritt des **Hirntodes** zu rechnen ist – von jährlich rund 900.000 Toten in Deutschland trifft dies in rund 4.000 Fällen zu – kann es die Situationen geben, in denen die **PV** eine Beendigung der Therapie erfordert, obwohl mit dem **OSA** eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt. Hierzu muss aber zuerst der **Hirntod** festgestellt sein. Dieser wird aber nicht erreicht, weil die **PV** eine Weiterbehandlung bis zur Feststellung des Hirntodes nicht zulässt.

Nüchtern, rein juristisch betrachtet, liegen in diesem Falle 2 Papiere der Selbstbestimmung vor, die sich jetzt in der Praxis gegenseitig widersprechen. Wie der Rückgang der Zahlen der potentiellen Organspender seit 2010 aufzeigt (siehe Kapitel 2.8 Die Entscheidungen), hat hier die seit 01.09.2009 rechtsgültige **PV** einen wesentlichen Anteil.

---

vorliegende **PV** zwar an das zuständige Amtsgericht wenden, was dann nach Prüfung des Sachverhalts ein **Therapieende** ansetzen würde, doch der Arzt bzw. die Klinik hätte dann einen üblen Nachruf durch die Hinterbliebenen. Daher fügt man sich meist dem Willen des Bevollmächtigten, entgegen der vorliegenden **PV.**

3 Niemand wird diese Aussage überprüfen. Wer jedoch sicher gehen will, dass er im Falle seines Hirntodes wirklich Organspender wird, sollte – ähnlich wie bei der **PV** - eine ihm vertraute Person als Bevollmächtigter einsetzen, der für die Erfüllung seines Willens sorgt.

Aus diesem Grunde haben neuere **PV** meist die Frage um Organspende mit aufgenommen. Eine andere Möglichkeit ist, dass man durch einen entsprechenden Aufkleber oder handschriftlich nachträgt, dass man für den Fall eines zu erwarteten Hirntodes – nur dann wird diese Klausel wirksam (von rund 900.000 Toten etwa 4.000 Mal) – eine intensivmedizinische Weiterbehandlung wünscht, damit eine Organentnahme möglich wird.

Wo dies nicht der Fall ist, wird die Therapie beendet, bevor der Hirntod erreicht und damit eine Organentnahme möglich wird. Es stellt sich hierbei die Frage, ob in diesen seltenen Fällen nicht so wie nach der StVO verfahren werden kann: An einer grünen Ampel hat man Vorfahrt, es sei denn, die Feuerwehr, die Polizei, der Krankenwagen oder der Notarzt kommen mit Blaulicht und Martinshorn. Dann hat man diesen Vorfahrt zu gewähren, denn es gilt der Grundsatz: Das Leben hat Vorfahrt.

Man kann nicht von jedem Bürger erwarten, dass er diese Besonderheit von **PV** und **OSA** kennt und seine **PV** so auf den **OSA** abstimmt, dass auch sein Wille um Organspende erfüllt werden kann. Es wäre daher wünschenswert, dass auch im Konfliktfall der Selbstbestimmung zwischen **PV** und **OSA** wie bei der StVO verfahren wird:

Leben hat Vorfahrt.

4.8 Die Diskussion um die Widerspruchsregelung

Fast 2 Jahre lang wurde in der Öffentlichkeit über eine mögliche Einführung der Widerspruchsregelung diskutiert, bis sie schließlich am 16.01.2020 im Deutschen Bundestag abgelehnt wurde. Bevor tiefer in das Thema eingestiegen wird, zunächst einmal die Darstellung der Sachlage:

Wenn auf der Intensivstation nach tagelangen Bemühungen, das Leben des Patienten zu retten und seine Gesundheit wieder herzustellen, der Hirntod festgestellt wurde, stellt sich die Frage, ob es im Sinne des Hirntoten war, dass in diesem Falle seine Organe gespendet werden. Entgegen anders lautenden Stimmen geht es nicht um den Willen der Hinterbliebenen, sondern um den Willen des Hirntoten. Dies geht auf das in Art. 2 GG verankerte Grundrecht der Selbstbestimmung zurück.

Die Intensivmedizin hat jedoch dabei ein Problem: Sie kann den Blutkreislauf nicht von allen Hirntoten mehrere Tage oder gar Wochen aufrecht erhalten, wie es viele **Kritiker** in Bezug auf die Studie von **Alan Shewmon** (siehe Kapitel 4.3 Alan Shewmon und die Überbewertung einer Studie) so häufig behaupten. Wenn jedoch das Herz des Hirntoten zum Stillstand kam und nicht wieder reanimiert werden konnte, sind die Organe für eine **TX** unbrauchbar. Damit konnte nicht dem Willen des Hirntoten entsprochen werden. Daher sollten die nächsten Schritte nach der Feststellung des Hirntodes ohne große Verzögerung ablaufen.

Nach der Feststellung des Hirntodes wurden bei der **Entscheidungregelung** und jetzt bei der **Erklärungsregelung** den Hinterbliebenen bis zu 4 Fragen gestellt:

1. Wissen Sie von schriftlichen Willenserklärung des Hirntoten zur Frage der Organspende?
2. Wenn nicht: Wissen Sie von einer mündlichen Willensäußerung?
3. Wenn nicht: Was vermuten Sie, was der Wille des Hirntoten war?
4. Wenn Sie keine Vermutung haben: Wie entscheiden Sie?

Während 1. und 2. noch Abfragen einfacher Sachverhalte sind, wird es mit 3. und 4. emotional deutlich schwerer. In den zurückliegenden Jahren hatten über 50% der Hinterbliebenen die Fragen 3. bzw. 4 zu beantworten gehabt (siehe Kapiel 2.8 Die Entscheidungen). Eine eingeführte Widerspruchsregelung hätte diese Situation – Minuten oder wenige Stunden nach der Feststellung des Hirntodes, meist binnen einer Woche nach einem normalen, gesunden Leben –

verkürzt und damit die Hinterbliebenen emotional entlastet. Es wären dann nur noch diese beiden Fragen gestellt worden:

1. Wissen Sie von einem schriftlichen Widerspruch des Hirntoten zur Frage der Organspende?
2. Wenn nicht: Wissen Sie von einem mündlichen Widerspruch?

Wenn nicht, dann würde man alle notwendigen Schritte zur Organentnahme einleiten. Damit hätten die Hinterbliebenen nur zwei reine Sachfragen gestellt bekommen, die keine (nennenswerte) emotionale Belastung darstellen.

Wie die nachfolgenden Seiten zeigen, ist dieser grundlegende Sachverhalt in der Diskussion nicht zur Sprache gebracht oder gar ins Gegenteil verdreht worden.

4.8.1 Im Deutschen Bundestag (28.11.2018)

Am 28.11.2018 wurden erste Reden zur Frage der Widerspruchsregelung gehalten.[1] Hier sind einige Zitat mit den Namen der SprecherInnen genannt, geordnet nach Themen:

Gegen das Hirntodkonzept

Darin sagten diese Bundestagsabgeordneten:

- Axel Gehrke: „Wer hat mehr Rechte - der zukünftige Empfänger oder der Sterbende?“
  Entgegen dem TPG und der medizinischen sowie juristischen Auffassung bezeichnete Axel Gehrke damit Hirntote als Sterbende.
- Heinrich Frank: „Gleichzeitig gebe ich zu bedenken, dass die Definition des Hirntods als entscheidende Voraussetzung für eine Organentnahme nach wie vor umstritten ist.“
  Der Deutsche Ethikrat sagte einstimmig, dass er das Hirntodkriterium als ein geeignetes Kriterium für die Organentnahme ansieht.
- Mario Mieruch: „Wir brauchen den breiten gesellschaftlichen Konsens darüber, ab wann wir von Hirntod reden oder wie wir das definieren wollen.“
  Wie breit soll dieser Konsens denn sein? Das Hirntodkonzept ist weltweit anerkannt.

1 https://www.elk-wue.de/13012020-anspruchsdenken-gefaehrdet-die-wuerde

Das Thema der Diskussion war die anstehende Entscheidung zur Einführung der Widerspruchsregelung. Einige Bundestagsabgeordnete redeten über den Hirntod. In der Schule würde man hierzu sagen: „Thema verfehlt“, denn es ging bei dieser Debatte um eine mögliche Einführung der **Widerspruchsregelung**.

Ethische und juristische Gründe

- Christine Aschenberg-Dugnus: „Die Widerspruchslösung beschneidet nach unserer Ansicht Grundrechte und hebelt vor allem den Grundsatz aus, dass jeder medizinischen Behandlung zugestimmt werden muss.“
- Katja Keul: „Ich möchte mich darauf konzentrieren, aufzuzeigen, warum die Widerspruchslösung nicht mit unserer Verfassung, namentlich mit Artikel 1 Grundgesetz, in Einklang zu bringen ist und deswegen ausscheiden muss. ... Außerdem steht einer solchen Pflicht gerade Artikel 1 Grundgesetz entgegen, ... “
- Michael Brand: „Dann kann man sich noch immer für Alternativen entscheiden, die ohne gravierende Grundrechtseingriffe auskommen,“
- Heribert Hirte: „Grundsätzlich von einer Spendenbereitschaft auszugehen und nur im Fall eines ausdrücklichen Widerspruchs von einer Transplantation abzusehen, erfüllt nicht den staatlichen Schutzauftrag.“
- René Röspel: „Ich glaube, dass es sogar verfassungswidrig ist, anzunehmen, dass jemand, der sich nicht äußert, eine Entscheidung getroffen haben soll.“
- Mario Mieruch: „Ich glaube, dass es sogar verfassungswidrig ist, anzunehmen, dass jemand, der sich nicht äußert, eine Entscheidung getroffen haben soll.“
- Thomas Rachel: „Insofern lehne ich die Einführung der Widerspruchslösung ab. Sie ist schlicht und einfach nicht freiheitsbasiert.“
- Christian Schmidt: „Ich zweifle sehr daran, dass die staatliche Verfügungsanordnung über den eigenen Körper unseren Verfassungsprinzipien der individuellen Selbstbestimmung entspräche.“

Diese Bundestagsabgeordneten werden ihre Argumente schwerlich mit den nachfolgenden Fakten in Einklang bringen können:

1. Organaustausch im **ET-Verbund**
   Zum Verbund von **ET** gehören aktuell (April 2020) 8 Staaten: Die Benelux-Länder, Deutschland, Österreich, Slowenien, Kroatien und Ungarn.

Deutschland ist davon das einzige Land, in dem keine **Widerspruchsregelung** gilt. Seit über 10 Jahren gibt Deutschland jährlich rund 400 Organe an die anderen Nationen ab, erhält aber rund 600 Organe aus den Nationen mit Widerspruchsregelung. Hierbei haben wir keine Skrupel, aber wenn auch in Deutschland die Widerspruchsregelung eingeführt wird, dann sehen es als nicht freiheitsbasierend an, als Verletzung der individuellen Selbstbestimmung, sehen wir unsere Grundrechte gefährdet und als verfassungswidrig an.

2. Verbot von **DCD**

DCD ist in Deutschland verboten. Daher dürfen Organe, die in anderen Nationen aus **DCD** entnommen wurden, nicht nach Deutschland vermittelt werden. Da in Deutschland die **Widerspruchsregelung** parlamentarisch verboten ist, wäre die Konsequenz daraus, dass alle Organe aus Nationen mit Widerspruchsregelung nicht mehr nach Deutschland vermittelt werden dürfen, so wie bei **DCD**.

3. Sonstige staatliche Regelungen

Die **Widerspruchsregelung** hätte im Grund nur das staatlich geregelt, was der Einzelne zu Lebzeiten nicht geregelt hat, so wie in einer Reihe von anderen Lebenssituationen. Davon seien hier 3 beispielhaft genannt:

* Gesetzliche Erbfolge: Jeder Volljährige besitzt die Möglichkeit ein Testament zu verfassen. Unterlässt er dies, tritt im Todesfall die gesetzliche Erbfolge ein, ob es ihm passt oder nicht.

* Vorsorgevollmacht: Jeder Volljährige besitzt die Möglichkeit, für den Fall, dass er im Krankheitsfall seinen Willen nicht mehr äußern kann, eine Vorsorgevollmacht zu verfassen.. Unterlässt er dies, so wird im Falle seiner längeren Bewusstlosigkeit vom Amtsgericht ein amtlich bestellter Betreuer eingesetzt. Dieser ist meist jemand aus dem Familienkreis.[1]

---

1 Dem Autor ist persönlich ein Fall bekannt, bei dem eine Tochter bereit war, die aktuell notwendige Betreuung für ihren Vater zu übernehmen, doch die andere Tochter war dagegen, war aber ihrerseits nicht bereit, die Betreuung zu übernehmen. Andere Kinder gab es nicht. Somit setzte das Amtsgericht einen Außenstehenden als Betreuer ein. Dies war sicherlich nicht im Sinne des Vaters. Da er aber sich zuvor nicht darum gekümmert hat, ging es so aus.

Diesen Fall auf die Organspende übertragen könnte lauten: Der Vater liegt ohne vorherige schriftliche oder mündliche Äußerung über die Organspende auf der Intensivstation, war jedoch von seiner inneren Haltung her dafür. Die eine Tochter ist gegen, die andere für eine Organentnahme. Da sich die beiden nicht auf eine

* Alleinerziehende: Alleinerziehende besitzen die Möglichkeit, für den Fall, dass sie der Erziehung ihrer minderjährigen Kinder nicht mehr nachkommen können, eine entsprechende Verfügung aufzusetzen, wer das Sorgerecht für diese Kinder hat, wenn sie selbst dieses vorübergehend (durch Krankheit) oder dauerhaft (z.B. durch Tod) nicht mehr ausüben können. Unterlassen sie dies, wird das Jugendamt verständigt, das sich um alles weitere kümmert.
Bei der gesetzlichen Erbfolge geht es „nur“ um materielle Güter, bei der Vorsorgevollmacht um einen selbst – ähnlich wie bei der Frage um die Organspende – und beim Thema der Alleinerziehenden geht es um die eigenen Kinder, was meist noch höher gestellt wird, als man selbst. Bei den genannten Beispielen haben wir keine juristischen, ethische oder moralische Bedenken, aber bei der Einführung einer **Widerspruchsregelung**, die im Grunde nur das regelt, was man zu Lebzeiten selbst nicht geregelt hat – so wie bei den hier genannten Beispielen und weiteren Fällen.

Summarisch wird mit den hier vorgebrachten Argumente mit zweierlei Maß gemessen.

Angeblicher Vertrauensverlust

- René Röspel: „Deswegen wäre die Widerspruchslösung an dieser Stelle ein zusätzlicher großer Vertrauensverlust, den wir unbedingt vermeiden müssen.“
- Robby Schlund: „Genau deshalb haben die Menschen eine unzureichende Bereitschaft zur Organspende.“
- Detev Spangenberg: „dass Skandale hier eine ungeheure Wirkung haben und mit einem großen Verlust an Vertrauen in die Transplantationsmedizin verbunden sind.“.
- Michael Brand: „das zentrale Thema Vertrauen der Bürger in die Verfahren der Organspende.“
- Mario Mieruch: „Die Istsituation heute ist eine solche, dass ein in starkem Maß verlorengegangenes Vertrauen langsam zurückkehrt.“
- Robby Schlund: „Genau deshalb haben die Menschen eine unzureichende Bereitschaft zur Organspende.“
- Volker Ullrich: „Wäre es nicht besser, unsere Bemühungen zu nutzen, das Vertrauen in die Organspende zu stärken?“

Zustimmung zur Organentnahme einigen können, wird diese unterlassen.

Dieser Vertrauensverlust ist ein Hirngespinst, das anhand der DSO-Jahresberichten 2006 bis 2019 anhand des gleichbleibenden Anteils der Zustimmung zur Organentnahme nach der Feststellung des Hirntodes von 69% ±4% deutlich widerlegt werden kann. Dass einfache Bürger am Stammtisch im Jahr 2019 noch an dieses Hirngespinst glauben, ist verzeihlich, dass dies aber auch noch Bundestagsabgeordnete tun, ist beschämend.

Widerspruchsregelung, keine Notstandsregelung

- Katja Keul: „Eine Pflicht zur Organspende ungeachtet der ethischen, religiösen oder sonstigen Anschauungen eines Menschen scheidet daher aus."
- Matthias Zimmer: „Die Widerspruchslösung unterstellt - zweitens -, es gebe so etwas wie das Obereigentum des Staates am menschlichen Körper."

Es geht nicht um eine „Pflicht zur Organspende" (Notstandsregelung), sondern um eine Pflicht zur Entscheidung (Widerspruchsregelung). Auch hier wurde das Thema verfehlt.

Weitere Gründe

- Paul Viktor Podolay: „Meine Überzeugung ist, dass wir die Zahl der benötigten Spenderorgane reduzieren und nicht immer nach mehr streben sollten."
  Damit unterstellt Paul Viktor Podolay der Bevölkerung, dass sie zu wenig auf ihre Gesundheit achten würde, und den Ärzten, dass sie sich zu schnell für eine TX entscheiden würden.
- Ulla Schmidt: „... aber da, wo es um eine Organspende geht, zu sagen: Wenn du schweigst, bedeutet das Ja . - Das kann es nicht geben."
  Warum soll es das nicht auch in Deutschland geben? In allen Nationen des **ET-Verbunds** gibt es die **Widerspruchsregelung**, nur in Deutschland nicht.
- Matthias Zimmer: „Deswegen darf ohne vorgängige Einwilligung der tote Körper nicht Mittel zum Zweck sein, auch dann nicht, wenn dadurch andere Leben gerettet werden könnten."
  Der tote Körper ist kein Mittel zum Zweck, sondern seine Organe sind ein Geschenk an den Organkranken. Dies ist der Wunsch des Hirntoten bzw. seines gesetzlichen Vertreters.
- Volker Ullrich: „Wer sich nicht äußert, äußert sich nicht. Der Staat darf keine Folgen an eine unterbleibende Äußerung knüpfen, auch wenn die Motive ehrenhaft sein mögen."

Der Staat regelt auch in anderen Bereichen das, was zu Lebzeiten nicht geregelt wurde, so z.B. bei der Patientenverfügung, dem Erbrecht und der Fürsorge minderjähriger Kinder, wenn die Erziehungsberechtigten vorübergehend (z.B. durch Krankheit) oder dauerhaft (z.B. durch Tod) ihrem Grundrecht nicht nachkommen können und nicht geregelt haben, wer sich dann um die Kinder zu kümmern hat. Warum soll der Staat nicht auch bei der Organspende von diesem Recht Gebrauch machen?

- Frank Heinrich: „Allerdings stelle ich mich entschieden einer Sichtweise entgegen, die davon ausgeht, dass diese Menschen deswegen leiden, weil für sie kein geeignetes Spenderorgan vorhanden ist. ... Menschen sterben, weil sie krank sind, und nicht, weil ihnen andere ein Spenderorgan vorenthalten.“ Hierzu kann man auch sagen: „Es stirbt auch niemand an unterlassener Hilfeleistung, sondern an den Folgen eines Unfalls.“ Damit kann auch § 323c **StGB** ersatzlos gestrichen werden.

Es ist traurig, dass bei einem solch wichtigem Thema so am Thema vorbeigeredet wird. Dabei ist daran zu erinnern, dass diese Zitate nicht vom Biertisch oder Kaffeekränzchen stammen, sondern aus dem Deutschen Bundestag.

4.8.2 Die Kirchen

Von Seiten der Kirchen gab es heftige Ablehnung der **Widerspruchsregelung**:

Am 14.09.2018 schrieb Prof. Manfred Spieker (Christliche Sozialwissenschaft): „Bei einer Widerspruchsregelung würde der Körper des Sterbenden enteignet.“ und weiter: „Bei einer Widerspruchsregelung würde der Körper des Sterbenden enteignet. Von einer Spende, die immer freiwillig sein muss, kann da keine Rede mehr sein.“ und zieht das Fazit: „Die Würde des Sterbenden hat Vorrang gegenüber dem Interesse eines Kranken an einem neuen Organ.“ Verwunderlich ist es, dass der katholische Theologe, nachdem 2015 die **DBK** betont hat, dass Organspender Tote sind, 3 Jahre später schreibt: „Dass der Hirntod, von dem es weit mehr als zwei Dutzend Definitionen gibt, keine objektive Todesdefinition, sondern eine 1968 in der Harvard-Universität festgelegte, allein vom Zweck der Organbeschaffung diktierte Definition des "Todes" ist, bestreiten auch die Transplantationschirurgen nicht.“[1]

Am 27.09.2018, veröffentlichte Kardinal Reinhard Marx als Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz einen Pressebericht. Darin heißt es: "Diese

1 http://kath.net/news/65100

Regelung lehnen wir ab. ... Das gebieten die Selbstbestimmung, das Konzept der Patientenautonomie und die Würde des Menschen, die auch über den Tod hinaus von Bedeutung sind. Diese Prinzipien, denen in unserer gesamten Gesellschafts- und Rechtsordnung eine zentrale Bedeutung zukommt, würden von der Widerspruchslösung unterminiert.“ Weiter schrieb Kardinal Marx: „Problematisch ist die Widerspruchsregelung also deshalb, weil die Freiwilligkeit der Organspende nicht zweifelsfrei feststeht und weil das Konzept der Autonomie zugunsten eines staatlichen Paternalismus aufgegeben wird.“ Als Vorschlag bringt Kardinal Marx ein: „Um die Bereitschaft zur Organspende - und somit die Spenderzahl - zu erhöhen, muss nicht zuletzt auch Vertrauen zurückgewonnen werden, das durch verschiedene Skandale verloren gegangen ist." Schließlich betonte Kardinal Marx: „Wir stehen der Organspende ausdrücklich positiv gegenüber. Sie ist für Christen eine Möglichkeit, Nächstenliebe auch über den Tod hinaus auszuüben“.[1]

Am 04.10.2018 gaben das Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – und des Bevollmächtigten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union eine gemeinsame Stellungnahme ab. Darin heißt es: „Um die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, muss nicht zuletzt Vertrauen zurückgewonnen werden, das durch verschiedene Skandale und Intransparenz verloren gegangen ist.

Wichtige Elemente sind hierzu die umfassende Aufklärung der Öffentlichkeit und eine entsprechende Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals, einschließlich der Transplantationsbeauftragten. Dazu gehört auch offen darüber zu sprechen, dass die Organspende den Sterbeprozess verändert, was für nicht wenige Menschen mit erheblichen Unsicherheiten und Ängsten einhergeht. Ziel der Aufklärung und des öffentlichen Diskurses sollte sein, Menschen diese Unsicherheiten und Ängste durch Gesprächsangebote und umfassende Informationen zu nehmen und sie so zu einer Entscheidung zu befähigen. Die persönliche Entscheidung, Organe zu spenden, sollte jederzeit in größtmöglicher Freiheit und ohne Druck getroffen werden können.

Das Nachbesserungspotential im Rahmen der derzeit geltenden gesetzlichen Regelung der Organspende sollte zuerst voll ausgeschöpft werden. Sowohl die Umsetzung der im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen als auch die Erfüllung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, durch entsprechende

1 https://www.domradio.de/themen/bischofskonferenz/2018-09-27/katholische-bischoefe-beschliessen-massnahmenpaket-gegen-missbrauch

Aufklärung das Vertrauen in die Transplantationsmedizin zurückzugewinnen, sollten somit Priorität vor einer Diskussion über eine mögliche Neuregelung des Zustimmungsverfahrens haben."[1]

Am 13.10.2018 lehnte die Landesbischöfin der Evangelischen Kirche in Mitteldeutschland (EKM), Ilse Junkermann, die Widerspruchsregelung mit den Worten ab: „Organspende? Ja! Als eine Spende im Wortsinne, über die jeder Mensch individuell entscheidet. Dann können Organ- und Gewebespenden sogar einen Aspekt von Nächstenliebe abbilden. Sie zur Pflicht zu machen verletzt dagegen das Selbstbestimmungsrecht und damit die Würde des Menschen."[2] Am 04.09.2018 sagte sie dazu: „Das Wort ‚Spende' steht für freiwilliges Geben. Bei der sogenannten Widerspruchslösung wird daraus ein Zwang, dem ich nur durch meinen expliziten Widerspruch entkommen kann. Das ist ein schwerer Eingriff in die persönliche Integrität und individuelle Gewissensfreiheit. Das degradiert einen sterbenden Menschen zu einem Materiallager für andere. Dabei ist die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod nach wie vor und weltweit umstritten."[3]

Am 13.03.2019 veröffentlichte das **ZDK** die Stellungnahme „Organspende nicht ohne freiwillige Zustimmung". Darin heißt es: „Es gibt aber weder eine moralische Pflicht zu dieser Solidarität, noch können auf ein Spenderorgan wartende Patientinnen und Patienten oder die Gesellschaft insgesamt ein moralisches Recht darauf geltend machen. Die Organspende ist ein freiwilliges Geschenk." und weiter: „Dies erscheint uns mit dem Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht der sterbenden Patientinnen und Patienten nicht vereinbar. Denn bevor es zu der postmortalen Organspende kommen kann, sind Voraussetzungen zu erfüllen, die den Prozess des Sterbens beeinträchtigen. Zwar sind vor einer Organentnahme zwingend alle für das Weiterleben entscheidenden Hirnfunktionen unwiderruflich erloschen, so dass an ein Gesundwerden nicht mehr zu denken ist und alle weiteren kurativen Therapieversuche zwecklos sind. Zugleich bildet aber das Fortbestehen von Teilfunktionen des Körpers durch künstliche Beatmung die unverzichtbare Voraussetzung für jede Organspende und -transplantation. Die Beatmung setzt ihrerseits aber entsprechende medizinisch-therapeutische Maßnahmen im

1 https://www.ekd.de/referentenentwurf-bmg-organspende-38289.htm

2 https://www.ekd.de/ilse-junkermann-organspende-freiwillig-widerspruchsloesung-38281.htm

3 https://www.ekmd.de/presse/pressestelle-magdeburg/landesbischoefin-lehnt-widerspruchsloesung-bei-der-organspende-ab.html

Sterbeprozess voraus, die sich von der ansonsten palliativen Therapie in der terminalen Phase des Sterbens unterscheiden können. Die Aufrechterhaltung körperlicher Grundfunktionen (künstliche Beatmung usw.) kann sogar in direktem Widerspruch zu einer Patientenverfügung stehen. Gerade weil der Patientenwille im Prozess des Sterbens unbedingt zu befolgen ist, wie der rechtliche Stellenwert von Patientenverfügungen zeigt, sollte dieser explizite Wille auch für die fremdnützige Weiterbehandlung des Patienten / der Patientin zur Vorbereitung einer Organentnahme ausschlaggebend sein.“[1] - Der **PV** ist es gleichgültig, ob im Falle des später erfolgten Hirntodes eine **Entscheidungsregelung**, eine **Erklärungsregelung** oder eine **Widerspruchsregelung** wartet. Wenn in der **PV** keine Zustimmung zur Organentnahme steht, kommt es zu keinem Hirntod und damit auch zu keiner Organentnahme.

Am 19.03.2019 veröffentlichte der **ACB** eine Stellungnahme, in der es heißt: „Sozialpflichtigkeit der Organ-Spende ... Damit wird die Organ-Spende zu einer sozialen Pflicht. ... Damit wird der Leib eines Menschen zum öffentlichen Eigentum und ist weniger geschützt als die Sachwerte, die er den Erben hinterlässt.“[2]

Am 13.01.2020 sagte Til Elbe-Seiffart, im Evangelischen Oberkirchenrat im Referat Theologie, Kirche und Gesellschaft tätig, in einem Interview: „Die Widerspruchslösung würde auch das Problem aufwerfen, dass ein Anspruchsdenken auf den Körper des oder der Verstorbenen entstehen könnte.“:[3] - Dies muss als Angstmacherei zurückgewiesen werden, denn in allen Nationen des **ET-Verbundes** gilt seit Jahren die Widerspruchsregelung. Dort ist kein Anspruchsdenken aufgetreten. Warum sollte es dann in Deutschland aufkommen?

Am 16.01.2020 kritisiert der evangelische Theologe und Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Peter Dabrock, im Deutschlandfunk: „Damit wird für mich der Körper nach dem Hirntod zu einem Objekt der Sozialpflichtigkeit.“[4]

---

1 https://www.zdk.de/veroeffentlichungen/erklaerungen/detail/Organspende-nicht-ohne-freiwillige-Zustimmung-249R

2 http://bioethik-nrw.de/acb-stellungnahme-gesetzentwurf-widerspruchsregelung-08-07-19.pdf

3 https://www.elk-wue.de/13012020-anspruchsdenken-gefaehrdet-die-wuerde

4 https://www.ekhn.de/aktuell/detailmagazin/news/diskussion-um-die-widerspruchsloesung-bei-der-organspende.html

Am 16.02.2020 befand Kurt W. Schmidt vom Zentrum für Ethik in der Medizin: „Wenn es bisher schon schwierig war, von einer Organspende zu sprechen, so kann dieses Wort ‚Spende' nach Einführung einer Widerspruchslösung nicht mehr verwendet werden".[1]

Am 24.02.2020 mahnte Meister, es sei aber höchste Aufgabe des Staates, die Würde des Menschen zu schützen. "Wenn wir aufhören, den toten Menschen als Person zu beschreiben, ist er nur noch Objekt".[2]

4.8.3 Sonstiges

Ulrike Baureithel: "Der Mangel wird bleiben"

Am 30.09.2018 veröffentlichte Ulrike Baureithel den Artikel "Der Mangel wird bleiben".[3] Darin geht es um die geplante Einführung der **Widerspruchsregelung**. Sie schreibt:

> *Eine Debatte über ethische Fragen, wie etwa über das Hirntodkonzept, findet nicht mehr statt.*

Es wäre korrekt gewesen, zu schreiben, dass bisher keine Debatte über ethische Fragen geführt wurde. Diese folgten im Jahr 2019, wobei das Thema **Hirntodkonzept** für die Medizin, das Recht und den Gesetzgeber schon seit Jahrzehnten durch ist. In ihrem Artikel greift Ulrike Baureithel die Ängste und Vorbehalte der Bürger gegenüber der Organspende auf, ohne auch nur den Versuch zu machen, diese aufzulösen:

- Mit der Einführung der Widerspruchsregelung würde „austestet (werden), wie weit die bislang geltenden bioethischen Prämissen ausgehebelt werden können."
- Soll damit „das Einverständnis abgefordert, dass es sich beim Spender nicht um einen hirntoten, also sterbenden Patienten handelt, sondern um einen Leichnam?"

1 https://www.ekhn.de/aktuell/detailmagazin/news/diskussion-um-die-widerspruchsloesung-bei-der-organspende.html

2 https://www.landeskirche-hannovers.de/evlka-de/presse-und-medien/nachrichten/2019/02/2019_02_24_1

3 https://taz.de/Widerspruchsloesung-fuer-Organspender/!5536320

- Die Sorge, „nicht mehr in der notwendigen Weise intensivmedizinisch betreut zu werden, könnte es den Widersprechenden künftig passieren, dass der Blick ins Register nachteilige Folgen für sie hat.“
- Es solle vermieden werden, „über den selbst von Wissenschaftsinstitutionen wie dem amerikanischen President's Council of Bioethics angezweifelten Hirntod zu reden.“
- Die Skepsis bleibt, „damit den Organmangel definitiv beenden zu können.“

Wie wenig Sachkenntnis die Autorin mitbringt, zeigt das nächste Zitat:

> *Weshalb bringt man Verwandte und das enge soziale Umfeld wieder in die in dieser Situation so schreckliche Entscheidungsbredouille? Geht es um die Selbstentlastung des Systems? Um die Ärzte, die letztlich die Verantwortung doch nicht übernehmen wollen?*

Es geht bei der **Widerspruchsregelung** um eine emotionale Entlastung der Hinterbliebenen (siehe oben). Den größten verbalen Fehlgriff machte sie jedoch am Anfang ihres Artikels:

> *Dabei verbietet es sich in diesem Zusammenhang von einer "Lösung" zu sprechen – wenn nicht schon im Hinblick auf die deutsche Geschichte und die Todesabhängigkeit dieser Therapie es der politische Instinkt erfordert, so doch immerhin die Skepsis, damit den Organmangel definitiv beenden zu können.*

Es ist eine Diffamierung, im Zusammenhang von Organspende mit der "Lösung" auf die deutsche Geschichte (= Endlösung) hinzuweisen. - Niemand behauptet, dass mit der Widerspruchsregelung der Organmangel beendet werden könnte. Diesem Ziel käme man jedoch einen (kleinen) Schritt näher.

Heribert Prantl: „Der Mensch gehört nicht dem Staat, er gehört sich selbst“

Heribert Prantl veröffentlichte zur geplanten Einführung der **Widerspruchsregelung** am 05.10.2019 in der SZ die Kolumne „Der Mensch gehört nicht dem Staat, er gehört sich selbst“.[1] In seiner Wortwahl bleibend, könnte zum Thema der Alleinerziehenden auch solch ein Artikel geschrieben werden.

1 https://www.sueddeutsche.de/politik/organspende-widerspruchsloesung-meinung-prantl-1.4626946

Kinder gehören nicht dem Staat

Bei der Fürsorge um die eigenen Kinder geht es um Fundamentalfragen. - Es gibt eigentlich nur zwei Themen, über die es sich zu reden lohnt: Das eine Thema ist die Liebe, das andere der Tod. Deshalb ist das Reden, deshalb ist die Frage, wer sich beim Tod der Erziehungsberechtigten um die minderjährigen Kinder kümmert so bedeutsam, so gewichtig, tiefgreifend und existenziell. Es geht hier nämlich um beide Themen, um die Liebe und um den Tod. Wie bereitet man sich auf den eigenen Tod vor? Wann darf sich der Staat um minderjährige Kinder kümmern? Das sind Fundamentalfragen. Sie müssen fundamental diskutiert und beantwortet werden.

Die Übernahme der Fürsorge von minderjährigen Kindern ist ein ungeheuer massiver Eingriff in ein vom Grundgesetz den Eltern zugeschriebenes Recht. Darf der Staat automatisch die Fürsorgepflicht der Eltern an sich ziehen, weil sich diese zu Lebzeiten dazu nicht in klarer Weise geäußert haben? Darf dies der Staat, weil ich es versäumt oder mich geweigert habe, mich mit meinem eigenen Tod zu befassen? Darf der Staat diese Scheu als angebliche Bequemlichkeit bezeichnen und beiseiteschieben? Darf der Staat stellvertretend für mich rational und nüchtern sein, weil ich es nicht bin? Es gibt keine emotionaleren Themen als die Liebe und den Tod. Darf der Staat meine Beklemmung ersetzen durch seine Entschlossenheit, Logik und Nützlichkeitserwägungen? Darf er sich meiner minderjährigen Kinder bemächtigen, weil ich mich dazu nicht geäußert habe?

Um die Parallele zwischen Organspenden und Alleinerziehenden deutlich herauszustellen, diese Gegenüberstellung in der nachfolgenden Tabelle:

Alleinerziehende	*Organspende*
Pflege und Erziehung der Kinder ist das natürliche Recht der Eltern. (Art. 6 **GG**)	Für eine Organentnahme ist eine Zustimmung erforderlich. (§ 3 **TPG**)
Für den Fall, dass Alleinerziehende durch Krankheit (z.B. Koma) oder Tod diesem Recht nicht mehr nachkommen können, haben sie die Möglichkeit, vorher eine entsprechende Verfügung aufzusetzen.	Organspende ist nur nach festgestelltem Hirntod möglich. Da in diesem Zustand keine Willensäußerung möglich ist, hat jeder die Möglichkeit, zu Lebzeiten seinen Willen schriftlich niederzulegen.
Tritt der Zustand (Krankheit, Tod) nicht ein, hat dies keine Auswirkung.	dto.
Tritt der Zustand ein und es liegt keine entsprechende Verfügung vor, so gilt es als Zustimmung, dass sich das Jugendamt bis zur Volljährigkeit der Kinder um deren Wohl kümmert .	Wird Hirntod festgestellt und liegt keine entsprechende Willenserklärung vor, so gilt dies als Zustimmung zur Organentnahme.
Hier geht es um die eigenen lebenden Kinder.	Hier geht es um den Körper eines Toten.
Hier sei alles rechtens.	Hier verstoße es gegen das Grundgesetz und unsere Rechtsordnung, sei unmoralisch.

Tab. 11 – Gebenüberstellung der Situation von Alleinerziehende und Organspende

Diese Gegenüberstellung zeigt, welche Polemik in der Diskussion um die geplante Einführung der **Widerspruchsregelung** geführt wurde. Das Recht wurde ohne Rücksicht auf vergleichbare Situationen dazu missbraucht, gegen die Widerspruchsregelung zu argumentieren. Dabei gibt es neben dem Beispiel der Alleinerziehenden noch weitere Beispiele in unserem Rechtswesen, die ähnlich gelagert sind. Hiervon seien die **PV** und das Testament kurz genannt:

Patientenverfügung	*Testament*
Eine **PV** beschreibt den Willen des Patienten für den Fall, dass er seinen Willen selbst nicht mehr bekunden kann.	Ein Testament legt fest, was mit den Gütern des Verstorbenen gemacht werden soll, wem was gehören soll.
Liegt im Bedarfsfall keine **PV** vor, bestellt das Amtsgericht einen Betreuer, meist ein Familienmitglied, jedoch nicht zwingend.	Wenn beim Todesfall kein Testament vorliegt, tritt die gesetzliche Erbfolge ein, die in den §§ 1924-1936 BGB geregelt ist.
Wenn keine **PV** vorliegt, hat die Person – wenn auch unwissentlich – dieser Regelung zugestimmt.	Wenn kein Testament vorliegt, hat die Person – wenn auch unwissentlich – dieser Regelung zugestimmt.

Tab. 12 – Weitere Beispiele: Patientenverfügung und Testament

In allen diesen Fällen – es gilt auch für die **Widerspruchsregelung** – gilt der Grundsatz:

Was der Bürger selbst nicht regelt,
regelt der Staat für den Bürger.

4.8.4 Die Befürworter der Widerspruchsregelung

Es gab eine Vielzahl von Gruppen und Einzelpersonen, die sich in der Öffentlichkeit für die Einführung der Widerspruchsregelung eingesetzt haben, darunter diese Gruppen:

- Brüsseler EU-Kommission[1]
- Deutscher Ärztetag[2]
- Ärztekammer Westfalen-Lippe[3]

1 https://www.welt.de/politik/deutschland/article182835510/Transplantationen-EU-unterstuetzt-Spahns-Plaene-zur-Organspende.html

2 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95101/Aerztetag-Widerspruchs-sollte-Entscheidungsloesung-in-der-Organspende-abloesen

3 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96181/Aerztekammer-Westfalen-Lippe-Widerspruchsloesung-gefordert-Fernbehandlungsverbot-gelockert

- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz[1]
- Sächsische Landesärztekammer[2]
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)[3]
- Deutsche Chirurgische Gesellschaft[4]
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)[5]
- Netzwerk Organspende NRW[6]
- Verein Sportler für Organspende[7]
- TransDia [8]
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) [9]
- Interessengemeinschaft (I.G.) Niere NRW e.V.[10]
- Organtransplantierte Ostfriesland e.V.[11]

---

1 https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/organspende/article/972650/widerspruchsloesung-mainzer-kammer-setzt-organspender.html

2 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98108/Saechsische-Landesaerztekammer-plaediert-fuer-Widerspruchsloesung-bei-der-Organspende

3 https://www.dgiin.de/allgemeines/pressemitteilungen/pm-leser/widerspruchsloesung-kann-zahl-der-organspenden-erhoehen-einbindung-in-gesellschaftliche-debatte-wichtig.html

4 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94621/Organmangel-Neuer-Tiefststand-bei-Herztransplantationen

5 https://www.urologenportal.de/fileadmin/MDB/PDF/Presse/2018_07_12_PM_10Thesen_final.pdf

6 http://www.netzwerk-organspende-nrw.de/netzwerk-organspende-nrw-spricht-sich-fuer-die-widerspruchsloesung-aus

7 https://www.vso.de/media/downloads/VSO-an-Bundestag-f.pdf

8 https://www.transdiaev.de/aktuelles/258-stellungnahme-zum-aktuellen-gesetzentwurf

9 https://www.facebook.com/agaufklaerungorganspende/posts/975207022680782

10 https://www.niere-nrw.de/pressemitteilung-i-g-niere-nrw-e-v-vom-23-08-2018

11 https://www.organtransplantierte-ostfriesland.eu

- Leben spenden e.V.[1]
- Gegen den Tod auf der Organ-Warteliste e.V.[2]
- Prominente werben für die Widerspruchsregelung.[3]

Neben den Gruppen gab es auch zahlreiche Einzelpersonen, die sich für die Einführung der **Widerspruchsregelung** ausgesprochen haben, darunter: Bundeskanzlerin Angela Merkel, Frank Ulrich Montgomery (Präsident der Bundesärztekammer), Hessischer Sozialminister Grüttner, Sachsen-Anhalts Sozialministerin Petra Grimm-Benne. Einige Befürwortern gaben dazu prägnante Zitate ab:

- Bernhard Banas, Leiter des Transplantationszentrums Regensburg: „Wenn die große Mehrheit der Deutschen einer Organspende positiv gegenüberstünde, läge es doch nahe, das bislang praktizierte Vorgehen umzudrehen und die sogenannte Widerspruchslösung einzuführen."
- Eckhard Nagel, langjähriger Transplantationsmediziner: "Ich will, dass sich jeder bewusst damit auseinandersetzt."
- Heiner Garg, Schleswig-Holsteins Landesgesundheitsminister: "Das Recht auf Nichtentscheidung wäre bei dieser Lösung nicht mehr gegeben – und das ist von mir auch so gewollt."

Keiner der beiden anderen Gesetzentwürfe hatte in der Öffentlichkeit eine derart große Zustimmung. Von daher war die Einführung der **Widerspruchsregelung** zu erwarten.

1 https://leben-spenden.org

2 https://gegen-den-tod-auf-der-organ-warteliste.de

3 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102960/Prominente-werben-fuer-Widerspruchsloesung-bei-Organspenden

4.8.5 Fazit

Als nüchterne Betrachtung über die Art und Weise, wie gegen die Widerspruchsregelung argumentiert wurde, muss man feststellen:

- Die in der geführten Diskussion genannten Argumente gegen die Widerspruchsregelung, waren kaum Fakten, dafür aber harte Worte, die meist das Thema verfehlten, aber aufgrund der Härte – zuweilen auch Diffamierung – wirkten.
- Zuweilen wurde unter Ausblendung vergleichbarer Situationen das Recht dazu missbraucht, um gegen die Widerspruchsregelung zu argumentieren.
- In einer Taktik der Nebelwerfer wurden Scheinargumente genannt, die oft von Unkenntnis der Sachlage (z.B. Vertrauensverlust) oder gar Verdrehung der Sachlage zeugen.
- Mit Halb- und Unwahrheiten wurde eine Taktik der Angstmacherei betrieben.

Die Art und Weise, wie gegen die Widerspruchsregelung argumentiert wurde, lässt oft den Ernst des Themas vermissen, bei dem es einerseits um das Leid der Hinterbliebenen der Organspender geht – die Einführung der **Widerspruchsregelung** hätte es gelindert -, andererseits um die Patienten auf der Warteliste von **ET.**

Die Abstimmung

Im Vorfeld der Abstimmung, d.h. während der Diskussion, wurden von unterschiedlichen Gruppen Umfragen zur Frage der Meinung der Bevölkerung zur Widerspruchsregelung in Auftrag gegeben. Sie alle geben eine klare Tendenz an:

- 01.10.2018: Bei eine Umfrage unter den Mitgliedern der **DGIIN** stimmten 43% der einfachen Wiederspruchsregelung zu, 33% der doppenten Widersprchsregelung.[1]
- 17.01.2019: Bei einer Umfrage des Erfurter Instituts INSA-CONSULERE für unsere Vereine sprachen sich 46% für die Widerspruchsregelung aus, 35% waren dagegen, 12% waren noch unentschlossen, 7% wollten keine

1 https://www.dgiin.de/allgemeines/pressemitteilungen/pm-leser/widerspruchsloesung-kann-zahl-der-organspenden-erhoehen-einbindung-in-gesellschaftliche-debatte-wichtig.html

Veränderung.[1]

- 25.05.2019: Nach einer von YouGov in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage waren 47% der Bürger für die Einführung der Widerspruchsregelung, 38% waren dagegen 15% machten dazu keine Angaben.[2] Das entspricht einer einfachen Mehrheit für die Einführung der Widerspruchsregelung.
- 12.01.2020: Nach einer von YouGov in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage waren 53% der Bürger für die Einführung der Widerspruchsregelung, 34% waren dagegen 13% machten dazu keine Angaben[3] Dies entspricht einer absoluten Mehrheit für die Einführung der Widerspruchsregelung.

Die Abstimmung am 16.01.2020 fiel hingegen anders aus:

	Stimmen	***für***	***gegen***	***Enthaltung***	***abwesend***
CDU/CSU	246	146	89	2	9
SPD	152	94	48	0	10
AFD	90	4	83	0	3
FDP	80	15	59	1	5
Die Linke	69	24	38	0	7
Die Grünen	67	7	60	0	0
fraktionslos	5	2	2	0	1
Summe	709	292	379	3	35

Tab. 13 – Abstimmungsergebnis am 16.01.2020 zur Widerspruchsregelung[4]

1 https://www.vso.de/news/details/566

2 https://www.aerztezeitung.de/Politik/Fast-jeder-Zweite-fuer-Widerspruchsloesung-255867.html
https://www.pnp.de/nachrichten/politik/Umfrage-Fast-die-Haelfte-fuer-Widerspruchsloesung-bei-Organspende-3336404.html

3 https://www.morgenpost.de/politik/article228114881/Organspende-Mehrheit-der-Deutschen-fuer-Widerspruchsloesung.html

4 https://www.abgeordnetenwatch.de/bundestag/19/abstimmungen/organspenden-reform-widerspruchsloesung

Der Vollständigkeit halber auch die Abstimmung am 16.01.2020 zur Erklärungsregelung:

	Stimmen	*für*	*gegen*	*Enthaltung*	*abwesend*
CDU/CSU	246	160	66	9	11
SPD	152	68	71	2	11
AFD	90	27	42	18	3
FDP	80	70	3	2	5
Die Linke	69	44	14	4	7
Die Grünen	67	60	3	2	2
fraktionslos	5	3	1	0	1
Summe	709	432	200	37	40

Tab. 14 – Abstimmungsergebnis am 16.01.2020 zur Erklärungsregelung[1]

Die Volksvertreter im Deutschen Bundestag haben am 16.01.2020 damit gegen den Willen des Volkes gestimmt, das nach verschiedenen Umfragen mit über 50% für die Einführung der **Widerspruchsregelung** war. Sie haben damit gegen Willen des Volkes entschieden.

Nach einer 2008 von der **BzgA** durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsumfrage[2] teilten 42% der Befragten ihre persönliche Entscheidung für oder gegen die Organentnahme mit, 57% nicht. Es ist daher nicht zu erwarten, dass die am 16.01.2020 eingeführte **Erklärungsregelung** nach der Feststellung des Hirntodes eine siginifikante Änderung bringt. Die Mehrheit der Bevölkerung interessiert offensichtlich nicht das Thema Organspende. Die angegebenen 70-80%, die sich für die Organspende aussprechen, antworten wohl in dem Sinne, dass sie ein Organ bekommen, nicht aber, dass sie zum Spenden bereit sind. Daher muss die Frage bei den Umfragen lauten: „Sind Sie im Falle Ihres Hirntodes zur Spende von Organen bereit?“

1 https://www.abgeordnetenwatch.de/bundestag/19/abstimmungen/organspenden-reform-widerspruchsloesung

2 https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/organ_und_gewebespende_befragung—d43aa6071f5d30b0ba3fef2f4b7d03b9.pdf

4.9 Relativierung der Situation

Bei rund 10.000 Patienten auf der Warteliste von **ET** und jährlich knapp 1.000 Organspendern – entspricht knapp 3.500 transplantierten Organen – stellt sich die Frage, wer diese Organe bekommt. Man nennt diese Zuordnung und Verteilung knapper Ressourcen **Allokation**. Der Gesetzgeber legte hierzu in Abs. 3 § 12 **TPG** die Grundregeln fest:

> *Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.*

In der konkreten Umsetzung bedeutet dies, die **BÄK** legt für **Herz**, **Lunge**, **Leber**, **Niere**, **Pankreas** und **Dünndarm** in einer je eigenen Richtlinie[1] fest, wer das zur Verfügung stehende Organ erhalten soll.

Die Folge von der Diskrepanz zwischen der Anzahl der Wartepatienten und den transplantierten Organen führt zu meist jahrelangen Wartezeiten. Nachfolgende Tabellen (Quelle: **ET**) zeigen statistischen Zahlen von Deutschland (D = 83,0 Mio. Einw.) und Österreich (A = 8,8 Mio. Einw.) für das Jahr 2019. Da Deutschland knapp 10 Mal mehr Einwohner als Österreich hat, lassen sich diese beiden Nationen gut miteinander vergleichen.

Monate	***Herz***		***Lunge***		***Leber***		***Niere***	
	AT	***DE***	***AT***	***DE***	***AT***	***DE***	***AT***	***DE***
0-5	37	190	65	218	104	521	15	156
6-11	8	38	19	40	15	91	9	127
12-23	10	41	8	39	11	72	11	182
24-59	7	41	7	37	4	44	3	392
60+	2	23	-	19	1	27	-	650

Tab. 15 – vorausgegangene Wartezeit bei **TX** in Monaten (**ET**)

Bei Herz, Lunge und Leber erhalten die Patienten deutlich häufiger das benötigte Organ binnen 0-5 Monaten. Bei den Wartezeiten bis 2 Jahren ist die Wartezeit der beiden Nationen vergleichbar, aber in Österreich gab es nur 3 Transplantierte, die 3-5 Jahre auf eine Niere warten mussten, in Deutschland in

1 https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin/richtlinien-fuer-die-wartelistenfuehrung-und-die-organvermittlung

dieser Zeitspanne das 100-fache. In Österreich musste kein Transplantierter länger als 5 Jahre auf eine Niere warten, in Deutschland 650 Patienten. Fazit: In Österreich ist die Wartezeit bis zur **TX** deutlich kürzer.

	Herz		***Lunge***		***Leber***		***Niere***	
	AT	***DE***	***AT***	***DE***	***AT***	***DE***	***AT***	***DE***
E	24	56	43	144	119	631	37	265
I							1	30
HU	40	277	92	209	16	124		6
Verh.	1 : 2	1 : 5	1 : 2	1 : 2	7 : 1	5 : 1	37 : 1	9 : 1

E = Elective I = Immunized HU = Highly Immunized

Tab. 16 – Dringlichkeit der Transplantierten (**ET**)

Setzt man die Dringlichkeiten ins Verhältnis (Verh.) zueinander, so ist nur bei der Lunge das Verhältnis bei beiden Nationen zwischen Elective und Highly Immunized etwa 1 : 2. Bei allen anderen Organen drückt das Verhältnis in Deutschland eine höhere Dringlichkeit (HU) als in Österreich. Dort werden im Verhältnis mehr Organe mit normaler Dringlichkeit transplantiert. Deutschland hingegen zeichnet sich dadurch aus, dass deutlich mehr Organe im Zustand HU transplantiert werden.

	2010	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*
BE	72,0	82,7	83,4	76,9	73,3	80,8	79,8	83,0	81,7	72,3
HR	84,1	90,4	90,5	82,4	80,5	90,9	80,8	72,7	84,0	70,2
AT	80,0	77,4	79,4	78,6	83,5	80,3	78,3	78,5	78,4	68,6
SI	49,8	39	56,9	53,9	57,3	53,8	48,9	45,0	51,3	44,7
NL	38,6	39,9	44,4	41,9	46,6	44,6	40,5	41,6	47,4	44,4
HU	-	-	2,4	21,5	47,9	44,6	46,7	40,9	46,3	41,2
DE	50,3	47,7	43,8	38,5	37,5	36,6	35,6	32,3	37,9	37,0
DE	14,9	15,8	14,7	12,8	10,9	10,7	10,8	10,4	9,7	11,2
FR	?	23,8	25,0	24,9	25,5	25,3	27,5	28,7	26,8	33,3
ES	34,4	32,0	35,3	35,1	35,1	35,9	39,7	43,4	46,9	48,9

Tab. 17 – **TX** pro Million Einwohner der Nationen im **ET-Verbund** (**ET/ DSO**)

Die Organpatienten interessiert die Anzahl, wie viel Organe zur Verfügung stehen, weniger die Zahl der Organspender, wobei diese beiden Zahlen durchaus korrellieren. In Österreich betrug in den Jahren 2010-2018 rund 80 **TX** pro Mio. Einwohner und sank 2019 auf 68 ab. In Deutschland sank die Zahl der **TX** pro Mio. Einwohner in den Jahren 2010-2017 von 50 kontinuierlich auf 32 ab und stieg die letzten Jahre auf rund 37 an. Damit hat Österreich knapp doppelt so viele **TX** pro Mio. Einwohner als Deutschland. Für Deutschland steckt hier noch Entwicklungspotential.

Betrachtet man von den im **ET-Verbund** zusammengeschlossenen Nationen die Zahl der transplantierten Organe aus Tot-Spende pro Million Einwohner, geordnet nach ihrer Anzahl im Jahr 2019, so steht Belgien mit 72,3 transplantierten Organen an 1. Stelle, gefolgt von Kroatien mit 70,2 und Österreich mit 68,6 transplantierten Organen. Mit Abstand bildet das Mittelfeld Slowenien mit 44,7, Niederlande mit 44,4, Ungarn mit 41,2 und als Schlusslicht Deutschland mit 37,0 transplantierten Organen pro Million Einwohnern.

Wird dazu die Zahl der Organspender pro Million Einwohner (**pmp**) Deutschland, Frankreich und Spanien miteinander verglichen (Quelle: **DSO**), so ist ein deutlicher Rückgang ab dem Jahr 2011 bis 2018 von 15,8 auf 9,7 **pmp** zu erkennen.2019 schuf einen Aufwärtstrend. Dazu hatte Frankreich über die Jahre rund 25 **pmp**, steigerte diese jedoch ab 2016 von 27,5 auf 33,3 **pmp** im Jahr 2019. Spanien, der Weltmeister in Bereich Organspende, hatte bis 2015 rund 35**pmp** und steigerte dies stetig auf 48,9 **pmp** im Jahr 2019.[1]

Angesichts dieser Fakten ist es beschämend, was man zu der Situation in Deutschland lesen kann. Hierzu nur eine kleine Kostprobe:

EFiD: „Die Medizin kann den Tod feststellen. Definieren kann sie ihn nicht." (26)[2]

Ev. Kirche in Sachsen: „Dieser sogenannte Hirntod wird von der Bundesärztekammer in ihren „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes" definiert als ..." (16)

Der Gesetzgeber definierte 1997 den Tod in § 3 **TPG**. Er übernahm dazu die Auffassung der **BÄK**, aber der Gesetzgeber hat ihn definiert. So ist es eine Abschwächung der Aussage.

Alexandra Manzei: „Umso erfolgreicher die Transplantationsmedizin ist, umso stärker steigt der Organbedarf an."[3] und an anderer Stelle: „Es werden also nie genug Organe da sein, um alle Bedürftigen zu versorgen."[4]

Der Erfolg der Medizin ist auch daran erkennbar, dass heute Menschen erfolgreich therapiert werden können, die vor Jahren nur die **TX** als Option zum Überleben hatten.

Ev. Kirche in Bayern: „Diese Warteliste könnte kürzer sein, wenn mehr Menschen ihre Organe spenden würden, doch auch das wäre noch keine

1 Fairer Weise muss für Spanien erwähnt werden, dass sie rund 10 **pmp** Organspender aus **DCD** erhalten, ebenso auch Belgien.

2 http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation_positionspapier%202013.pdf

3 https://www.blick-aktuell.de/Vallendar/Organspende-das-Fuerund-Wider-der-Transplantationsmedizin-59812.html

4 http://www.kircheundgesellschaft.de/fileadmin/Dateien/Das_Institut/Pressespiegel_2013/12_05_2013_EKvW_Newsletter_Hirntod.pdf

Garantie, dass alle Menschen ein Organ bekommen, die eines brauchen.“ (39)[1]

Linus Geisler: „Die Illusion der "leeren Warteliste" wird immer eine Illusion bleiben.“[2]

Soll man nicht versuchen, so vielen Menschen als möglich das Leben zu retten?

Ev. Kirche in Sachsen: „Jesus stellt das Gebot der Nächstenliebe in einen Zusammenhang mit der Gottesliebe und der Liebe zu sich selbst. Somit kann aus Jesu Gebot der Nächstenliebe keine Pflicht abgeleitet werden. Eine freie Entscheidung zur Organspende kann aber aus der Hoffnung erfolgen, dass mit der Organtransplantation schwerkranken Menschen neue Lebensperspektiven eröffnet werden.“ (35)[3]

Beim vorangestellten Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Mk 12) geht es um einen Mann aus Samarien. Ein Jude hätte ihn noch nicht einmal gegrüßt, doch gerade er war es, der den Halbtoten geholfen hat. So definierte Jesus Nächstenliebe.

KAO: Es wird nie genug Organe geben, zumal die Indikation für eine Transplantation beliebig ausgeweitet werden kann.[4]
Diese Panikmache nahm **Hans Jonas** bereits 1987 zurück, weil nichts dergleichen geschah.

Nur weil wir nicht alle retten können,
dürfen wir nicht alle aufgeben.
(unbekannt)

1 https://www.bayern-evangelisch.de/downloads/elkb_Handreichung_Organspende.pdf

2 https://web.archive.org/web/20160416173525/http://initiative-kao.de/vortrag-l-geisler-01-12-07-menschenbild-der-transplantationsmedizin.html

3 https://www.evlks.de/fileadmin/userfiles/EVLKS_engagiert/E._Materialien/PDF_Materialien/LKA_Organspende_web.pdf

4 https://initiative-kao.de/pressemitteilung-kao-lehnt-die-widerspruchsloesung-ab/#

Die Soziologin Larissa Pfaller betonte am 23.07.2016, dass es den Deutschen nicht am Spendewillen fehle. Etwa 70 Prozent seien bereit, Organe zu spenden. Aber: "Die Zahl der tatsächlichen Organspenden kann nicht lediglich aus dem Spendewillen der Bevölkerung abgeleitet werden." Denn die allerwenigsten Personen würden je in die Lage kommen, wirklich Spender zu werden. "Entscheidend dafür ist der Hirntod. Tatsächlich ist dieser Zustand aber äußerst selten. Insgesamt wird dieser nur rund 4.000 Mal im Jahr festgestellt. Und nicht jeder Hirntote ist auch geeignet, Organe zu spenden. Vor diesem Hintergrund sind die 877 Fälle, in denen 2015 eine Organspende realisiert werden konnte, doch gar nicht so wenig."[1]

Die Worte sind sachlich korrekt. Sie vermitteln jedoch eine innere Zufriedenheit, dass wir Deutsche uns nicht um mehr Organspender bemühen müssten. Es stellt sich jedoch die Frage, warum der Export-Weltmeister bei Waren ein Import-Europameister bei den Organen bleiben soll.[2] Österreich, mit einem durchaus vergleichbaren Gesundheitssystem, hat etwa doppelt so viel Organspender **pmp** als Deutschland.

Wie wenig Sachkompetenz zuweilen Menschen haben, die sich öffentlich zu einem Thema besitzen, zeigte Til Elbe-Seiffart am 13.01.2020. Er sagte in einem Interview: „Ich warne davor, die bedrückende Zahl der Wartenden auf die ungenügende Zahl der Spender zurückzuführen. Denn etwas mehr als ein Drittel der Bundesbürger besitzt einen Organspenderausweis. Das heißt: Die Zahl der potenziellen Organspender liegt bei mehreren Millionen. Das eigentliche Problem liegt darin, dass in den vergangenen Jahren nur in extrem wenigen Fällen – wir reden hier von einem einstelligen Prozentbereich – die Deutsche Stiftung Organtransplantation überhaupt informiert wurde, wenn ein potenzieller Organspender gestorben ist.“[3] Mit solchen falschen Aussagen kann man die Seelen einer Landeskirche wunderbar beruhigen.

Es stimmt, dass nach verschiedenen Umfragen etwa ein Drittel der Bürger einen **OSA** besitzen, doch nach der Feststellung des Hirntodes liegt bei noch nicht einmal 20% eine schriftliche Willenserklärung vor, so die Jahresberichte der **DSO** bis 2019. Dazu kommt, dass man auf dem **OSA** auch „Nein“ ankreuzen

1 https://www.landeskirche-hannovers.de/evlka-de/presse-und-medien/nachrichten/2016/07/2016_07_23_1

2 Im **ET-Verbund** gibt seit Jahrzehnten Deutschland jährlich rund 400 Organe an andere Nationen ab und empfängt aus diesen jährlich rund 600 Organe.

3 https://www.elk-wue.de/13012020-anspruchsdenken-gefaehrdet-die-wuerde

kann. - Die irreführende Schlussfolgerung besteht in der Verknüpfung des guten Drittels mit dem Anruf bei der **DSO**. Diese Verknüpfung besagt – nach Til Elbe-Seiffart - einerseits, dass rund 25 Mio. Deutsche einen **OSA** besitzen, aber nur bei wendiger als 10% der Fälle, d.h. weniger als 2,5 Mio. mal, die **DSO** angerufen wird. Faktisch stimmt es. So gab es im Jahr 2018 von den Kliniken 2.811 organbezogene Kontakte zur **DSO**. Das ist weniger als 10% von den 2,5 Mio.. Der Irrtum liegt jedoch darin, dass in Deutschland jährlich rund 900.000 Menschen sterben, davon jedoch als Organspender nur Hirntote in Frage kommen. Ihre Zahl wird auf 3.000 bis 5.000 geschätzt. Gesichere Zahlen liegen nicht vor. Setzt man diese 2.811 organbezogene Kontakte mit diesen rechtlich möglichen Organspendern in Verbindung, sind es schon über 50%. Werden von den rund 4.000 Hirntoten die abgezogen, die aufgrund ihrer für eine **TX** unbrauchbaren Organe ausscheiden, nähern sich die organbezogenen Kontakte zur **DSO** der 100%-Grenze.

4.10 Das Leben der Transplantierten II

Die Ansicht aus den 1990-er Jahren von Hans Grewel wird bis in die Gegenwart von den **Kritikern** fortgesetzt, offensichtlich ohne **das Leben der Transplantierten** (siehe Kapitel 1.5 Das Leben der Transplantierten) aus persönlichen Kontakten zu kennen. Hierbei ist vor allem auf den Unterschied vor und nach der **TX** hinzuweisen, den die Transplantierten – je nach Fragestellung – mit 70-90% eindeutig beantworten. Für sie ist das erhaltene Organ ein Geschenk, das sie vor dem drohenden Tod bewahrt hat.

Nieren-Transplantierte sind nicht nur für die erhaltene Freiheit, weg von der Dialyse, die sie mit An- und Abfahrt sowie den Nachwirkungen rund 50% der Lebenszeit gekostet hat, sondern auch im Essen und Trinken. Sie müssen sich nicht mehr auf 0,5 bis 1,0 Liter tägliche Flüssigkeitsaufnahme beschränken. Sie müssen nicht weiterhin Obst und Gemüse vor dem Verzehr stundenlang wässern, wodurch nicht nur das Kalium entzogen wird, was für Dialysepatienten schädlich ist, sondern können Obst und Gemüse auch roh essen.

Axel W. Bauer: „Dabei darf man im Übrigen auch die Nebenwirkungen einer Transplantation nicht beschweigen, wie etwa die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Organempfänger im Langzeitverlauf Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut entwickeln. Das relative Risiko ist nach einer Organtransplantation bis auf das 65-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.“ (26)[1]

Anna Bergmann: „In öffentlichen Darstellungen der Organspende wird häufig beschwiegen, dass Organempfänger lebenslang chronisch krank bleiben und durch eine Transplantation nicht geheilt werden können.“[2]

Alexandra Manzei: „Übersehen würde dabei auch – und das ist abschließend unbedingt festzuhalten – dass die Therapie des Organersatzes auch für die Empfänger mit schwerwiegenden medizinischen Problemen behaftet ist und

1 https://aerzte-fuer-das-leben.de/pdftexte/bauer-tpg-ethische-fallstricke-organspende-fulda2013.pdf

2 https://www.gesundheit-adhoc.de/offener-brief-an-die-krankenkassen-deutschlands-sowie-die-gesundheitspolitischen-sprecher-und-2.html
https://initiative-kao.de/wissensdefizite-in-der-aufklaerung-ueber-organspende-offener-brief-anna-bergmann
https://www.epochtimes.de/meinung/tabubruch-naechstenliebe-medizinhistorikerin-fordert-aufklaerung-statt-organspende-werbung-a2921314.html

dass die Betroffenen danach keineswegs gesund sind. Zwar ist für viele mit der Organtransplantation ein Zugewinn an Lebensqualität und Lebenszeit verbunden, gesund sind die Betroffenen jedoch nicht. Im Gegenteil: Da immer noch alle Organe, die von nicht-verwandten Spendern stammen, vom Empfängerkörper abgestoßen werden, müssen Organempfänger ihr Leben lang Medikamente schlucken, die ihr Abwehrsystem schwächen, sogenannte Immunsuppressiva. Folge ist ein durch die Medikamente bedingtes erhöhtes Krebsrisiko, eine erhöhte Infektanfälligkeit und daraus resultierenden, zum Teil schwerwiegende Folgeerkrankungen (wie Lungenentzündungen und andere systemische Infekte) und nicht zuletzt eine Schädigung der Organe selbst, wie der Neurologe Andreas Zieger schreibt."[1]

Georg Meinecke: „Die Gesundheit schädigenden Nebenwirkungen dieser Medikamente sind ganz erheblich." und weiter: „Schwere Nierenschädigungen, Stoffelwechsel- und Krebserkrankungen werden als häufigste Todesursache in Folge der Verpflanzung angegeben. Bluthochdruck, der zu dem Parkinson ähnlichen Beschwerdebild des Zitterns führen kann, gravierende Leberschädigungen, sowie Osteoporose mit Wirbelkörperfrakturen und –brüchen sind gängige Nebenwirkungen der Cyclosporin-Therapie, mit denen jeder Organempfänger zu rechnen hat, sofern er die Einpflanzung auf längere Zeit überlebt." und weiter: „Nicht selten verbraucht sich das fremde, übertragene Organ im Körper des Empfängers mit der Folge, dass er erneut auf die Warteliste für ein abermals neues Organ aus dem Körper eines anderen fremden Menschen gesetzt werden und für längere Zeit an der Sorge leiden muß, ob es noch rechtzeitig genug – erneut – eintrifft. Im negativen Fall stirbt er, im positiven Fall wiederholt sich alles vorstehend Ausgeführte."[2]

Siegfried Pater: „Verschwiegen wird ferner, dass auch das fremde neue Organ in einen kranken Körper kommt, weil die Krankheitsursache nach wie vor nicht erkannt und deshalb nicht geheilt wurde. Verschwiegen wird ferner, dass der Organ-Empfänger den Rest seines Lebens ohne Immunsystem auskommen muss und dass die Überlebens-Chancen längst nicht so rosig sind, wie stets behauptet wird."[3]

---

1 Alexandra Manzei: Der Tod als Konvention. Die (neue) Kontroverse um Hirntod und Organtransplantation. In: Michael v. Anderheiden, Wolfgang U. Eckart, Handbuch Sterben und Menschenwürde. Berlin 2012, 26.

2 https://dieunbestechlichen.com/2018/01/wem-organtransplantationen-wirklich-nuetzen

3 https://www.raum-und-zeit.com/r-z-online/artikel-archiv/raum-zeit-hefte-archiv/alle-jahrgaenge/2001/ausgabe-112/organhandel-ersatzteile-aus-der-dritten-welt.html

Roberto Rotondo: „Für viele "OrganempfängerInnen" verbessert sich die gesundheitliche Situation nach der Transplantation. Dennoch sind sie nicht "geheilt", sondern müssen mit negativen körperlichen, seelischen und sozialen Folgen rechnen.“[1]

Frau Schmidt (DIE GRÜNEN): „Demgegenüber erscheint eine höchst kostspielige Medizintechnik wie die der Transplantation neuerdings als kostendämpfend, wobei unberücksichtigt bleibt, daß transplantierte Menschen nicht gesund gemacht werden, sondern ganz im Gegenteil nach der Transplantation teilweise bedenkliche Medikamente einnehmen müssen, um die Abstoßung des fremden Organs zu verzögern.“[2]

Andrea von Wilmowsky: „Da sie starke Nebenwirkungen haben, werden weitere Medikamente nötig. Weil die normale Körperabwehr gegenüber Infektionen und Krebs durch diese Medikamente ebenfalls herabgesetzt wird, gibt es viele Infektionen und das Krebsrisiko steigt um ein Vielfaches. Durch die Menge der Medikamente können später auch Leber oder Niere Schaden nehmen, was durchaus zu weiteren Organverpflanzungen führen kann.“[3]

Angesichts der großen Zufriedenheit der meisten Transplantierten (70-90%, je nach Fragestellung; siehe Kapitel 1.5 Das Leben der Transplantierten) erweckt es den Eindruck, dass diese Personen entweder nur die Minderheit kennen oder ihre Aussagen nur von anderen abgeschrieben haben. Sie geben keinesfalls die Realität der Mehrheit der Transplantierten wieder. Zuweilen erweckt es den Eindruck, dass es Krokodilstränen sind, die zu einem „Nein“ zur Organspende motivieren soll.

1 https://www.transplantation-information.de/organspende_fragen_antworten_information.html

2 http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/051/1105165.pdf

3 http://www.kath.net/news/42914

4.11 Die Lüge wahrer Worte

Es sind wahre Worte, die gesprochen oder geschrieben werden, aber in dem Zusammenhang oder im allgemeinen Verständnis der Worte wird damit ein völlig falsches Bild vermittelt. Wenn es einmal in einem Text vorkommt, kann man gelassen darüber hinwegsehen und sagen, dass es eine ungeschickte Formulierung war. Wenn jedoch solche Formulierungen wiederkehrend sind, dann muss davon ausgegangen werden, dass hier System und Absicht dahinter steckt.

Ganz perfide wird es, wenn man bewusst gegen den Grundsatz der Kommunikation verstößt:

> Kommunikation ist das, was ankommt.

Man sagt oder schreibt etwas mit wahren Worten, weiß jedoch ganz genau, dass der Empfänger dieser Botschaft etwas anderes versteht, als man dem Wort nach sagt oder schreibt. Aber genau diese andere Botschaft soll beim Empfänger ankommen. Wenn man darauf angesprochen wird, weist man alle Vorwürfe damit zurück, dass die gesprochenen oder geschriebenen Worte doch wahr sind. Wenn der Empfänger darunter etwas anderes versteht, so sei es dessen Problem. - Dies ist jedoch ein Irrtum, denn es handelt sich hierbei um ein arglistige Täuschung.

> *Die Täuschung ist im deutschen Recht wie die Drohung ein vom Täter eingesetztes, unwertiges Mittel zur Willensbeeinflussung des Opfers. Eine Täuschungshandlung ist jedes Verhalten, das darauf abzielt, bei einem anderen eine unrichtige Vorstellung hervorzurufen, sie zu bestärken oder aufrechtzuerhalten (siehe z. B. Enkeltrick). Die Täuschung muss kausal beim Opfer einen Irrtum auslösen. (Wikipedia: Täuschung)*

Grundsätzliches

Wir bezeichnen Dinge und Sachverhalte mit einem Begriff, wie z.B. „Stuhl“. Dabei handelt es sich zumeist um einen Gegenstand, der dafür eigens geschaffen wurde, um darauf zu sitzen. Das verbinden wir mit dem Begriff „Stuhl“. Dies gilt für einen Bürostuhl, einen Schaukelstuhl, einen Lehnstuhl, einen Rollstuhl oder einen Nachtstuhl.

Wir Menschen verstehen uns seit Platon (428-347 v.C.) als mit Geist begabtes Wesen. Ein Mensch im Schlaf zeigt zwar keinen Geist, aber wir wissen, wenn er

aus dem Schlaf erwacht, dann zeigt sich sein Geist. Bei einem Patienten im irreversiblen **Koma** sprechen wir noch von einem Menschen, da wir nicht völlig ausschließen können, ob er nicht doch noch einen Funken Geist besitzt. Bei einem Leichnam sprechen wir nicht mehr von einem Menschen, höchstens von einem menschlichen Körper, Mensch im Verständnis eines Geist begabten Wesens ist der Leichnam definitiv nicht. Ein Hirntoter zeigt zwar noch biologisches Leben des Körpers, aber sein Geist ist eindeutig **erloschen**. An ihm ist nur noch intermediäres Leben – Leben von Organen, Geweben und Zellen nach dem **Individualtod** - wahrnehmbar. Daher sind Hirntote definitiv keine Menschen mehr.

Da es Menschen per Definition nur im Zustand lebend geben kann, ist der Ausdruck „toter Mensch“ ein Paradoxon, denn als Toter ist er kein Mensch mehr, da ein Mensch immer lebend ist. Möglich wäre hier der Ausdruck „verstorbener Mensch“. Gleiches verhält sich mit Patienten. Auch sie sind lebend oder verstorben, aber nie tot. Daher ist der Ausdruck „toter Patient“ ebenso wie auch „hirntoter Patient“ ein Paradoxon.

Folgenschwerer verbaler Betriebsunfall

Wie wichtig klare Worte sind, zeigt der 1968 in Cambridge an der Harvard Universität ereignete verbale Betriebsunfall: Die **Ad-Hoc-Kommission** wollte den Tod neu definieren, bezeichnete den Zustand jedoch durchgehend nur als „irreversibles Koma“.[1] Das Testverfahren zur Feststellung des Zustandes zeigt jedoch ganz klar, dass hier kein „irreversibles Koma“ festgestellt werden soll, sondern **Hirntod**. Warum die Ad-Hoc-Kommission nicht die Bezeichnung „Coma dépassé“ (**Pierre Mollartet**, 1959) oder „sur la mort du système nerveux“ (**Pierre Wertheimer**, 1959) oder „cerebraler Tod“ (**W. Tönnis**, **R.A. Frowein**, 1963) oder „Hirntod“ (**W. Spann, E. Liebhardt**) aus dem Jahr 1966 übernommen hat, bleibt ungeklärt. Die einzige Quelle des Papieres, die Rede von Papst **Pius XII.** (1957), deutet darauf hin, dass überhastet und schlampig gearbeitet wurde.

Die Folgen wirken noch bis in die Gegenwart nach. Noch im gleichen Jahr wehrte sich **Hans Jonas** vehement gegen diese Umdefinierung des Todes, wie er es nannte. Seine Schriften bis 1987 zeigen, dass er das verstand, was diese beiden Wörter bezeichneten, ein „irreversibles Koma“. In diesem Missverständnis bekämpfte er bis zu seinem Tode das Hirntodkonzept.

1 https://hods.org/English/h-issues/documents/ADefinitionofIrreversibleComa-JAMA1968.pdf

Hans Grewel übernahm 1990 die Auffassung von Hans Jonas, **Klaus-Peter Jörns** später ebenso. Zusammen traten sie Mitte der 1990-er Jahre, mitten in die Diskussion um das entstehende **TPG** gegen das **Hirntodkonzept** auf. Größte Breitenwirkung erzielte die 'Berliner Initiative für eine Zustimmungslösung im Blick auf ein Transplantationsgesetz'.“[1]

Noch heute greifen **Kritiker** des Hirntodkonzeptes mit ihren Begründungen auf **Hans Jonas** oder das „irreversible Koma“ der **Ad-Hoc-Kommission** zurück. Dem Worte nach kritisieren sie zu recht gegen das „irreversible Koma“, der Sache nach aber argumentieren sie an dem Anliegen der **Ad-Hoc-Kommission** vorbei, die den Hirntod meinte.

„hirntote Patient“

Bereits oben wurde erwähnt, dass der Ausdruck „hirntoter Patient“ ein Paradoxon ist.

Anna Bergmann: „Die auf 'hirntote' Patienten beschränkte Organgewinnung ist schon lange an ihre Grenzen gestoßen, ...“[2] und weiter: „Hirntote Patienten (sind) nicht wirklich tot.“[3]

DER: „Warum sollte ein irreversibel komatöser (jedoch nicht „hirntoter“), aber spontan atmender Patient mit künstlichem Herzschrittmacher lebendig, ein ebenfalls irreversibel komatöser und zugleich beatmungspflichtiger („hirntoter“) Patient mit selbstständig schlagendem Herz dagegen tot sein?“[4] und an anderer Stelle: „So interagiert ein hirntoter Patient mit infektiösen Erregern, die von außen kommen, indem sein Immunsystem durch komplexe Prozesse aktiv darauf antwortet, ...“[5]

---

1 Ruth Denkhaus: Die evangelische Debatte um Hirntod und Organspende. In: Stephan M. Probst (Hg): Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht. Leipzig 2019, 198.

2 Anna Bergmann: 'Marginale Spender' - 'Marginale Empfänger'. In: In: Praxis PalliativeCare 44-2019, 42.

3 Anna Bergmann: 'Marginale Spender' - 'Marginale Empfänger'. In: In: Praxis PalliativeCare 44-2019, 47.

4 **DER**: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Berlin 2015, 92.

5 **DER**: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Berlin 2015, 94.

Georg Meinecke: „In Polen soll es einen Facharzt geben, der sich auf die Wiederbelebung hirntoter Patienten spezialisiert hat.“[1] und weiter: „Dennoch blieb ca. ein Drittel der Bundestagsabgeordneten dabei, dass ein gehirntoter Patient noch leben würde.“[2] und weiter: „In einem anderen Artikel fragten Truog und Miller, ob es ethisch zu begründen sei, „vitale Organe“ aus hirntoten Patienten zu entnehmen, wenn sie nicht wirklich tot seien.“[3] und weiter: „Danach entschieden der im Koma befindliche „gehirntote“ Patient, ...“[4]

Roberto Rotondo: „Noch bevor ein Trauerprozeß stattfinden kann, müssen sich die Angehörigen verabschieden und die „hirntoten“ Patienten verlegt werden.“[5]

Josefine Schiller: „Der hirntote Patient unterscheidet sich nicht von einem normal beatmeten, intubierten intensivpflichtigen Patienten.“[6]

Joseph Seifert: „Der „Harvard Report“ führte keinen einzigen Grund an außer zwei pragmatischen Begründungen, warum der 'hirntote' Patient tot war.“[7]

Martin Stahnke: „Ein hirntoter Patient ist auf den ersten Blick auf einer Intensivstation gar nicht von anderen schwer geschädigten Patienten zu unterscheiden.“[8] an anderer Stelle: „Hirntote Patienten sind auf den ersten Blick gar nicht von anderen Intensivmedinisch betreuten Patienten zu unterscheiden.“[9]

---

1 https://dieunbestechlichen.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale-organtransplantation

2 https://dieunbestechlichen.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale-organtransplantation

3 https://dieunbestechlichen.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale-organtransplantation

4 https://dieunbestechlichen.com/2018/02/massenmord-durch-postmortale-organtransplantation

5 https://www.transplantation-information.de/veroeffentlichungen/handbuch_intensiv.html

6 Josefine Schiller: Benötigen hirntote Organspender eine Narkose bei der Organentnahme. In: intensiv 28 (01/2020), 43.

7 https://www.aktion-leben.de/fileadmin/content/Seiten/Mediathek/Schriftenreihe/H-40-Hirntod-Seifert-Internet.pdf

8 https://www.pfarrbriefservice.de/file/hirntode-menschen-sind-nicht-tot-sondern-liegen-im-sterben

9 Martin Stahnke: Zum Unterschied zwischen dem Hirntodsyndrom und einer Definition

Tagespost: „Abschließend kann zusammengefasst werden, dass ein hirntoter Patient schwer geschädigt und völlig von der Hilfe anderer abhängig ist ...“[1]

Anton Wengersky: „Abschließend kann zusammengefasst werden, dass ein hirntoter Patient schwer geschädigt und völlig von der Hilfe anderer abhängig ist und sich in einer höchst prekären Situation befindet.“[2]

„... bei lebendigem Leib“

„... bei lebendigem Leib“ ist eine Redewendung, unter der man versteht, dass der Mensch mit vollem Bewusstsein etwas erleben muss, meist schreckliche Qualen oder den Tod. So kennen wir den Ausdruck „bei lebendigem Leib verbrannt“[3] oder „bei lebendigem Leib das Fell abgezogen“[4] oder „bei lebendigem Leib gehäutet“[5] oder „bei lebendigem Leib aufgeschnitten“[6] oder „bei lebendigem Leib ausgeweidet“.[7] Bei allen diesen Fällen geht es darum, dass die Tiere nicht tot oder zumindest narkotisiert dieses angetan wurde, sondern sie es bei vollem Bewusstsein erleiden mussten.

Hirntote besitzen einen Körper mit funktionierendem Stoffwechsel, aber mit dem Tod des Gehirns ist der Mensch tot. Was an Hirntoten mit unseren menschlichen Sinnen wahrgenommen wird, ist das Leben von Organen, Gewebe und Zellen (**intermediäres Leben**), aber kein Leben des Menschen. Daher ist es dem Worte nach korrekt zu sagen, dass Hirntote einen lebendigen Körper haben. Wird jedoch der lebendige Körper der Hirntoten in einen anderen Kontext gestellt, kann dies zu (beabsichtigten) Täuschungen führen. Wenn dies von

---

des Todes. In: Praxis PalliativeCare 44-2019, 43.

1 https://www.die-tagespost.de/leserbrief/Zur-Diskussion-um-das-Hirntodkriterium-und-die-moderne-Transplantationsmedizin-Das-Leben-umfassend-schuetzen;art632,156789

2 Anton Wengersky: Summertime und Todesangst. In: Vision 2000. 4/2014, Seite 22. Siehe auch: http://www.vision2000.at/index/?article=1871

3 https://www.fr.de/panorama/sechs-menschen-lebendigem-leib-verbrannt-11408062.html

4 https://www.act-for-animals.de/tierrechte/pelz

5 https://www.vol.at/%E2%80%9Enoch-lebend-wird-das-fell-abgezogen%E2%80%9C/3389413

6 https://www.natuerlich-online.ch/magazin/artikel/5000-eier-fuer-ein-kroetenleben

7 https://www.fischundfleisch.com/mag-robert-cvrkal/tiere-werden-bei-lebendigem-leib-ausgeweitet-und-wir-schweigen-56661

einem Autor ständig wiederholt wird, muss von Absicht ausgegangen werden:

Andreas Brenner: „Jeder gehirntote Organspender wird von den Transplantationschirurgen auf dem Operationstisch anlässlich der Entnahme seiner lebendfrischen Organe bei lebendigem Leib vorsätzlich getötet!“[1]

Regina Breul: „Das Ausfüllen des Ausweises macht uns nicht zum Retter, sondern erst die Entnahme der Organe bei lebendigem Leib. Danach gibt es nur noch tote Helden.“[2]

Bund katholischer Ärzte: „Da aber die Menschen nicht wissen, was ihnen bei der Organentnahme geschieht, dass sie bei lebendigem Leib explantiert werden, ist die Organspende kein Akt der Nächstenliebe, sondern Utilitarismus.“[3]

Johannes Fischer: „... nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei einer Organtransplantation einem Menschen Organe bei lebendigem Leibe herausgeschnitten werden, ...“[4] und an anderer Stelle: „Wenn schon die Experten sich nicht darüber einigen können, ob ein Organspender zum Zeitpunkt der Organentnahme tatsächlich tot ist, wenn also die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei einer Transplantation lebenswichtige Organe wie Herz oder Lunge bei lebendigem Leibe herausgeschnitten werden, ist es dann nicht das Vernünftigste, von einer Organspende Abstand zu nehmen?“

Freund der Wahrheit: „Doch viele sog. "Hirntote" sind nicht tot! Tausende Fälle von "Wiedererwachten " zeigen, dass wohl so manch ein Mensch zwecks Profitgier auf dem OP-Tisch bei lebendigem Leib ausgeweidet wird.“[5]

KAO: „Hirntod – Tod bei lebendigem Leib“[6]

Ilona Leska zitiert eine Mutter: „Die Vorstellung, dass mein Sohn bei

1 http://alexanderswebsite.info/index.php/themen/wahrheit-luege/organspende.html?showall=&start=10

2 Regina Breul, Wolfgang Waldstein: Hirntod - Organspende und die Kirche schweigt dazu. 4. Auflage. Illertissen 2019, 49.

3 https://www.bkae.org/index.php?id=998

4 http://profjohannesfischer.de/wp-content/uploads/2018/10/Hirntodkriterium-und-Transplantationsmedizin.pdf

5 https://www.facebook.com/358695784584920/posts/591981667922996

6 http://www.natursymphonie.com/organspende-tod-bei-lebendigem-leib

lebendigem Leib ohne Rücksicht auf noch mögliche Schmerzempfindungen ohne Vollnarkose explantiert wurde, ist unerträglich.“[1] Und schreibt selbst weiter: „An diesen Zitaten wird ersichtlich, dass JONAS der Harvard Kommission vorgeworfen hat, dass sie mit der neuen Hirntoddefinition die Legitimation geschaffen hatten, Menschen bei lebendigem Leib zerschneiden zu können.“[2]

Silvia Matthies: „Hirntod – Tod bei lebendigem Leib“[3]

Adelheid von Stösser: „Weil ich nicht Schuld daran sein möchte, dass sterbende Menschen bei lebendigem Leib auf OP-Tischen ausgeweidet werden.“[4]

Dazu werden besonders schockierende Aussagen von anderen **Kritikern** gerne übernommen, so wie dieses: „Die Mutter eines Organspenders: 'Unsere Kinder sind mit nicht mehr funktionierendem Gehirn, aber doch bei lebendigem Leib auseinandergenommen und verteilt worden.'“[5]

Fazit:

Es erweckt den Eindruck, dass jede Formulierung recht ist, um die Menschen zu täuschen.

---

1 Ilona Leska: Organspende im Spannungsfeld verschiedener Interessen und die Notwendigkeit einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung. (Masterarbeit) Mittweida 2015, 114. Nach: https://www.google.de/url?q=https://monami.hs-mittweida.de/files

2 Ilona Leska: Organspende im Spannungsfeld verschiedener Interessen ..., 45.

3 https://www.pinterest.de/silviamatthies/hirntod-tod-bei-lebendigem-leib

4 https://www.pflegekonzepte.de/index.php?page=organspende---nein-danke

5 Greinert, R., Organspende - nie wieder, in: Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin, 85. Dieses Zitat wurde u.a. übernommen von:
https://www.aktion-leben.de/details/artikel/arbeitskreis-organspende.html
https://www.aktion-leben.de/details/artikel/informierte-zustimmung.html
https://docplayer.org/60561296-Organspende-ein-akt-christlicher-naechstenliebe.html
https://www.wallstreet-online.de/diskussion/500-beitraege/985466-1-500/sind-organspender-tot
Konrad Hilpert, Jochen Sautermeister (Hg.): Organspende – Herausforderung für den Lebensschutz. Freiburg 2015, 107.

4.12 Arbeitskreis Christliche Bioethik

Selbstdarstellung des Arbeitskreises

Der "Arbeitskreis Christen und Bioethik" (ACB) wurde nach eigenen Angaben 1996 gegründet als Antwort auf das Bekanntwerden der sog. "Bioethikkonvention", die den Umgang mit menschlichem Leben in den "Biowissenschaften" europaweit regeln soll. ACB versteht sich als offenes Gesprächsforum auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes sowie der Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes. Eingeladen sind alle Interessierten, unabhängig von Konfession, Religion oder politischer Ausrichtung. Der ACB triff sich jeden 2. Montag im Monat um 19:15 Uhr in der Thomaskapelle, Kennedyallee 113 in Bonn. Als Ansprechpartnerin ist Ilse Maresch angegeben. Sie ist auch als Absenderin der Briefe namentlich genannt. In einem Infoblatt des ACB heißt es: "Häufig werden kompetente Referentinnen und Referenten eingeladen."[1] Nach den Aussagen des ACB über den Hirntod scheint ACB noch keinen "kompetenten Referenten" zum Thema Hirntod eingeladen zu haben. Dies hält jedoch ACB nicht davon ab, sich über den Hirntod zu äußern.[1]

Kosten der Immunsuppressiva

Am 19.03.2019 schrieb ACB in einer Stellungnahme: „... Die Kosten der Transplantationsmedizin werden nicht ehrlich benannt: Es geht nicht nur um einmalige Kosten für Operationen (Explantation und Implantation), Erstellung des zentralen Registers, Informationsmaterial etc., sondern um dauerhafte Kosten für Arzneimittel, auf die Organempfänger/innen lebenslang angewiesen sind: Sie betragen in Deutschland zurzeit etwa1,5 Milliarden/Jahr.“[2]

Richtig daran ist, dass in Deutschland jährlich rund 1,5 Mrd. Euro ausgegeben werden. Falsch ist, dass diese allein für Transplantierte ausgegeben werden. Die **GKV** veröffentlichte am 21.01.2019 die Ausgabenentwicklung für **Immunsuppressiva** wie folgt (Ausgaben in Mio. Euro):[3]

---

1 https://www.bonn.de/suche.php?form=html-quickSearchForm-head.form&sp%3Asearch%5B%5D=siteSearch&sp%3Aq%5B%5D=Arbeitskreis+Christliche+Bioethik

2 http://bioethik-nrw.de/acb-stellungnahme-gesetzentwurf-widerspruchsregelung-08-07-19.pdf

3 https://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/l04-immunsuppressiva/ausgaben/index_ger.html

Teil-Indikationsgruppe	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
RA und andere Systemerkrankungen	1.507,1	1.888,4	2.062,3	2.073,2	2.177,2
Multiple Sklerose	266.0	297,8	420,1	474,4	548,5
Psoriasis (Schuppenflechte)	52,5	86,2	141,4	290,2	462,4
Multiples Myelom	162,1	236,1	286,0	340,4	411,9
Transplantation	316,0	337,8	343,5	346,5	350,6
Anteil der TX an der Gesamtsumme	12,9%	10,7%	9,7%	8,9%	8,1%
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	81,4	99,7	130,8	174,8	180,3
Entzündliche Darmerkrankungen	0,0	15,4	55,9	87,8	102,8
Übrige Teil-Indikationsgruppen	70,4	89,6	96,9	100,7	119,3
Summe	2.455,4	3.151,0	3.536,9	3.886,0	4.353,1
Differenz zum Vorjahr	366,0	695,6	385,8	349,2	467,1
Zuwachsrate	17,5%	28,3%	12,2%	9,9%	12,0%

Tab. 18 – Kosten der **Immunsuppressiva** für die Jahre 2013-2017.

Diese öffentlich zugänglichen Zahlen zeigen dieses auf:

- Der Anteil der für **TX** beträgt etwa 10% und schrumpft im Verhältnis jährlich weiter.
- 4 Indikationsgruppen verbrauchen mehr Immunsuppressiva als die Transplantierten.

Antwort an die Rheinische Landessynode

Am 11.01.2013 verabschiedete die Landessynode der Evangelischen Kirche Rheinland einen „Orientierungstext zur Organspende“.[1] Am 18.04.2013 antwortete **ACB** hierzu öffentlich, da ihr Beschluss „nicht zu einer wertungsfreien Aufklärung“ beiträgt. Vielmehr liege „der Schwerpunkt des Beschlusses auf der Zustimmung zur Organtransplantation, die 'nahegelegt und angeraten ... werden darf', während die 'gewichtigen Gründe' gegen eine Organentnahme lediglich 'auch' anerkannt werden. Diese ungleiche Gewichtung beider Entscheidungsmöglichkeiten zeigt sich ebenfalls in der verwendeten Terminologie, die wir hinterfragen, im Fehlen einer Auseinandersetzung mit dem Hirntodkonzept, im Ausblenden der Bedürfnisse der 'hirntoten' Patientinnen und Patienten und im Schweigen über die Belastungen, die ein Leben mit einem fremden Organ mit

1 http://www.ev-medizinethik.de/meta_downloads/55395/ekir_-_landessynode_zur_organtransplantation_2013

sich bringt."Weiter heißt es in dem Schreiben:[1]

> *Das Wort "Organspende" (Punkt 2) sollte sich in einem kirchlichen Text nicht finden. Ich kann nur spenden, was mir gehört.*
>
> *Die Fiktion vom Hirntod als "Tod des Menschen" stellt eine unreflektierte Übernahme einer – empirisch inzwischen widerlegten – mechanistisch-naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise dar, die weder durch biblische Aussagen, noch durch unsere christliche Tradition gestützt wird.*
>
> *Wo bleibt die Aufklärung über das Leben mit dem neuen Organ? Wo findet der befragte Bürger Informationen zur lebenslangen Abhängigkeit von Immunsuppressiva, das erhöhte Krebsrisiko, die Verhältnismäßigkeit der Transplantationskosten und der Folgeleistungen zu Lasten der Sozialversicherungen?*
>
> *Wir erwarten von unserer Kirche, dass sie unmissverständlich darüber aufklärt, dass hirntote Menschen keine Toten sind. Wie sollten auch lebende Organe von Toten entnommen werden können!*
>
> *Und wie gehen wir theologisch mit dem Bild um, dass Gott uns Leben mit seinem Atem einhaucht, also unser Leben mit dem letzten Atemzug endet und nicht durch den Ausfall der Hirnfunktion?*

Hierzu kann dem ACB nur empfohlen werden, hier im Buch die Kapitel 1.5 bis 2.8 aufmerksam zu lesen. Dies bringt sicherlich eine neue Sichtweise zu **Hirntod** und **TX**.

Brief an Prof. Wolfgang Huber

ACB veröffentlichte am 12.09.2011 einen Brief an Prof. Wolfgang Huber. Darin nehmen sie Bezug auf seinen Artikel "Pflicht zur Entscheidung" (SZ 24.05.2011) und seine "Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Thema 'Organspende'" (29.06.2011). Hierin heißt es:[2]

> *Es irritiert uns, dass Sie von "postmortaler" Organspende sprechen, obgleich inzwischen nach jahrelanger Diskussion die Gleichsetzung des "Hirntodes" mit dem Tod des Menschen nicht mehr aufrecht erhalten werden kann und die Organentnahme von einem "lebenden menschlichen*

1 http://www.bioethik-nrw.de/acb-antwort-organspende-rhein-landessynode-18-04-13.pdf

2 http://www.bioethik-nrw.de/acb-brief-huber-zur-organspende-12-09-11.pdf

Individuum" (Birnbacher) den juristischen Tatbestand des Totschlags erfüllt. Diese Veränderung des Todeskriteriums scheint auch der Grund zu sein, warum zurzeit mit solchem Nachdruck die Entscheidungslösung jedes Einzelnen gefordert wird. Dabei wird übersehen, dass die Legalisierung der Tötung durch Organentnahme, wenn der "Spender" zugestimmt hat, auch das Verbot der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) kippen würde.
Die Kirchen haben sich gleich am Anfang auf die Interpretation der Organspende als "Liebe über den Tod hinaus" verständigt. Dabei geht es jedoch nur um die Liebe zu den Kranken, denen vielleicht mittels einer Organspende geholfen werden könnte. Die "Spenderinnnen und Spender" sind gar nicht im Blick. In Ihrer Stellungnahme ist das nicht anders.
Das aber, was mit den Spender/innen geschieht, hat mit "Nächstenliebe" nichts zu tun:

Sie sind "hirntot", nicht tot, sie sterben durch die Organentnahme.

Viele Angehörigen leiden ihr Leben lang darunter, dass sie ihren lieben "Nächsten" in der letzten Phase seines Lebens nicht begleiten konnten oder sogar ihre Zustimmung zur Organentnahme gegeben haben, wenn ein Ausweis nicht vorlag. Oft wurde ihre Einwilligung erbeten im Zustand eines Schocks angesichts der lebensbedrohlichen Situation ihres "Nächsten"; sie waren nicht imstande, sorgfältig zu überlegen, was sie da unterschrieben. Im Nachhinein leiden sie unter Selbstvorwürfen; die Schuld, dem Sterbenden nicht beigestanden zu haben, erschwert ihnen die Trauer um seinen Verlust.[1]

Menschen mit solchen Erfahrungen, deren Zahl zunimmt, werden von einer "Nächstenliebe", die allein auf das Wohl der Organempfänger/innen fokussiert, nicht erreicht. Aber auch für sie gilt doch, was Sie über die wartenden Empfänger schreiben: "Von ihrem Schicksal sollte sich jeder anrühren lassen".
"Von ihrem Schicksal anrühren lassen" kann man sich aber nur, wenn man von diesem Schicksal weiß. Wir beklagen, dass es eine umfassende und objektive Aufklärung über alle Aspekte der Organtransplantation in der Öffentlichkeit nicht gibt, – eine Aufklärung, die auch das "Schicksal" der "Spendenden" und ihrer Angehörigen nicht ausklammert und die offen zugibt, dass "hirntote" Menschen Sterbende sind, keine Toten.
Wir bitten Sie deshalb, zu dem beigefügten Beitrag von Sabine Müller "Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten" in Das Parlament Nr. 20 /

1 Dies sind ganz die Worte von **KAO**.

16.5.2011, Beilage Aus Politik und Zeitgeschichte "Organspende und Selbstbestimmung" Stellung zu nehmen!
Wir erwarten von Vertretern der Kirche, dass sie nicht einseitig die Interessen der Organempfänger/innen vertreten, sondern dass sie öffentlich machen, was in der Werbung der DSO nicht vorkommt: was mit den "Spender/innen" konkret geschieht und welches Leid vielen Angehörigen aufgeladen wird. Es wäre sehr verdienstvoll, wenn Sie zur kritischen Aufklärung der Bevölkerung über die Organtransplantation beitragen würden!

Auch hierzu kann ACB nur die Kapitel 1.5 bis 2.8 ans Herz gelegt werden.

Zum geistlichen Wort zur Organspende

Am 27.11.2012 richtete Präses Nikolaus Schneider, Vorsitzender des Rates der **EKD**, das geistliche Wort zur Organspende „Christlich verantwortbar und ethisch zu respektieren“ an die Gläubigen.[1] Am 04.02.2013 erhielt dieser hierzu ein öffentliches Schreiben von ACB, in dem es heißt:[2]

Wir halten es aber für nicht gerechtfertigt, dass der Fokus in der Diskussion ganz auf die Empfänger von Organen gerichtet ist und die Bedürfnisse der Spender außer Acht bleiben.

Was man jedem schwerkranken Menschen zubilligen würde, wird ihm verwehrt, obgleich niemand weiß, was wirklich in ihm vorgeht. Hat er nicht ein Recht, um seiner selbst willen gepflegt zu werden, menschliche Zuwendung zu erfahren und liebevoll umsorgt und begleitet zu werden bis zu seinem letzten Atemzug?

Hat ein Sterbender nicht das Recht, seinen Lebensweg im Vertrauen auf Gottes gnädige Gegenwart in Frieden zu Ende zu gehen – ungestört durch Eingriffe anderer – und möglichst begleitet von Menschen, die ihm nahestehen und auf deren ungeteilte Liebe er sich verlassen kann?

Solange man den möglichen Organspendern die Aufklärung vorenthält, dass sie bei ihrer Organentnahme nicht tot sind, sondern im Sterben liegen, ist es nicht zu verantworten, sie zu einer Entscheidung zur Organspende aufzufordern.

1 https://www.ekd.de/pm258_2012_schneider_geistliches_wort_zur_organspende.htm

2 http://www.bioethik-nrw.de/acb-schreiben-praeses-schneider-04-02-13.pdf

Wir erwarten von unserer Kirche, dass sie mit unmissverständlichen Worten die Menschen darüber aufklärt, in welchem Stadium ihres Lebens die Entnahme ihrer Organe erfolgt, und dass sie sich allen Gemeindegliedern in gleicher Weise verpflichtet weiß – gerade auch den Schwächsten, die sich nicht wehren können.

... dass Anfang und Ende des Lebens nicht in Menschenhand liegen. Darauf beruhen doch wohl die christlichen Vorbehalte gegen den Suizid, die Todesstrafe, aber auch die Abtreibung.

Was heißt dann "Organspende", wenn ich nicht verfügungsberechtigt bin?

Auch hierzu kann ACB nur die Kapitel 1.5 bis 2.8 ans Herz gelegt werden.

Wirkung dieser Aktivitäten

Nach dem öffentlich von ACB gerügten geistlichen Wort von Nikolaus Schneider war vom Rat der **EKD** kein vergleichbares Wort zu vernehmen. Es erweckt für Außenstehende der Eindruck, dass der Rat der **EKD** zu den Themen **Hirntod** und **Organspende** mundtot gemacht wurde.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

ACB verfasste am 15.01.2019 eine "Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung".[1] ACB schließt sich damit dem Votum der **EFiD** vom 07.09.2018 an.[2] ACB schreibt in ihrer Stellungnahme:

Der Arbeitskreis hält es für eine Irreführung, von "postmortaler" Organ-Spende zu sprechen, denn die "hirntoten" Organ-Spender/innen sind nicht tot, sondern Sterbende, die nach der "Hirntod"-Diagnose für tot erklärt werden.

Das Hirntodkonzept ist weltweit umstritten, selbst die Harvard Medical School, die diesen Begriff 1968 in die Debatte gebracht hat, ist inzwischen davon abgerückt. Wie kann es sein, dass wissenschaftliche Zweifel vom Gesetzgeber ignoriert werden – mit dramatischen Folgen für die betroffenen hirntoten Patienten?

Der Arbeitskreis hält es für Unrecht, dass in der öffentlichen Diskussion die Belange der Organ-Spenderinnen und -Spender ausgeklammert werden.

1 http://www.bioethik-nrw.de/acb-stellungnahme-gzso-15-01-19.pdf

2 http://www.evangelischefrauen-deutschland.de/images/stories/efid/___Presse/2018_ev%20frauen%20lehnen%20widerspruchslsung%20ab_7%20sept%202018.pdf

Im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Behandlungen geht es bei der Organtransplantation nicht nur um einen Patienten, dem geholfen werden soll, sondern um zwei Patienten, von welchen dem einen geholfen wird, dem anderen aber nicht. Mit der Ungleichheit ihrer Behandlung ist der Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verletzt.

Im Begehren staatlicher Stellen (BMG, BZgA), per Gesetz "die Organspendezahlen nachhaltig zu erhöhen", sehen wir die Schutzpflicht des Staates für das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (GG Art.2, 2; vgl. Grundrechtecharta der EU Art.3) außer Acht gelassen. Zur körperlichen Unversehrtheit gehört auch die körperliche Integrität, den Körper also so zu belassen, wie er ist.

Das Ziel des Gesetzentwurfes, "die Organspendezahlen nachhaltig zu erhöhen", ist mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Denn in dem Augenblick, in dem der Hirntod eines Menschen vermutet wird, wird er nicht mehr als Patient, sondern als möglicher "Spender" bzw. als "Organpotential" (S.2 u. ö.) angesehen, er wird zum Objekt degradiert, seine unantastbare Menschenwürde (GG Art.1.1) wird ihm genommen.

Indem die behandelnden Ärzte verpflichtet werden, diese Kompetenzüberschreitungen des Transplantationsbeauftragten zu unterstützen, wird ihnen verwehrt, dem Hippokratischen Eid gemäß zu handeln, der sie verpflichtet, nichts zu tun, was ihrem Patienten / ihrer Patientin schaden könnte.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist weder mit den Persönlichkeitsrechten des Grundgesetzes vereinbar, noch mit den ethischen Grundlagen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens, die auf der Achtung der Menschenrechte, auf einem respektvollen Umgang miteinander und auf gegenseitigem Vertrauen beruhen.

Dass ein Arbeitskreis über 7 Jahre ihrer Grundhaltung - gegen den großen Strom der medizinischen Erkenntnis (siehe: **gemeinsame Erklärungen**) - derart treu bleibt, ist besorgniserregend. Hier grüßt Albert Einstein mit den Worten:

Es ist leichter, ein Atom zu zertrümmern, als ein Vorurteil.

4.13 Diffamierungen

Diffamierung (von lateinisch: diffamare = Gerüchte verbreiten) bezeichnet heute allgemein die gezielte Verleumdung Dritter. Dies kann durch die Anwendung von Schimpfwörtern oder durch diverse Unterstellungen geschehen. Diffamierung steht synonym für:

•Angriff, Denunziation, Diskreditierung, Ehrverletzung, Hetze, Rufmord, Unterstellung, Verdächtigung, Verleumdung, Verunglimpfung
•Anschwärzung, Beleidigung, Bezichtigung, böswillige Unterstellung, Diffamie, Diskreditierung, Gerede, Herabwürdigung, Nachrede, Schlechtmacherei, Schmähung, Verleumdung, Verunglimpfung
•Herabwürdigung, Rufschädigung
•Angriff, Denunziation, Diskreditierung, Ehrverletzung, Hetze, Rufmord, Unterstellung, Verdächtigung, Verleumdung, Verunglimpfung
•Anschwärzung, Beleidigung, Bezichtigung, böswillige Unterstellung, Diffamie, Diskreditierung, Gerede, Herabwürdigung, Nachrede, Schlechtmacherei, Schmähung, Verleumdung, Verunglimpfung

Die **Diffamierung** der Organtransplantation erfolgt in unterschiedlicher Härte in verschiedener Weise an unterschiedlichen Stellen. Entsprechende Suchanfragen an Google ergaben im Mai 2019 diese Anzahlen von Fundstellen:

Diffamierung	***Mai 2019***
die Organe würden die Organe **bei lebendigem Leib** entnommen	33.700
bei der Organentnahme würden die Organe **herausgerissen**	12
Organentnahme sei ein **Blutbad**	2.890
Organentnahme sei **Tötung**	31.800
Organentnahme sei **Mord**	39.100
Organentnahme sei **Schlachtung**	2.240
Organentnahme sei **Schlachtfest**	436
Organentnahme sei **Leichenfledderei**	809
Organspender seien (k)ein **Ersatzteillager**	10.600
Organspender würden **qualvoll** sterben	5.850
Organspender würden **ausgeschlachtet**	6.970
Organspender würden **ausgeweidet**	4.940
Organspender seien **Schlachtvieh**	2.680
Organtransplantation sei moderner **Kannibalismus**	6.250

Tab. 19 Diffamierungen über Organspende und ihre Anzahl im Internet

Einige dieser Personen, die diese diffamierenden Begriffe benutzen, schreiben von der **Würde** der Menschen bzw. der Hirntoten, diffamieren aber im gleichen Text die Organspender in dieser verwerflichen Weise. Einige dieser diffamierenden Personen tragen einen akademischen Grad, d.h. sie tragen den Titel „Doktor“ oder „Professor“ vor ihrem Namen.

Mit Meinungsfreiheit hat das nichts zu tun. Daher ist es unverständlich, dass hier noch niemand juristisch dagegen eingeschritten ist. Ich fühle mich zutiefst verletzt, die dann vorgenommene Organentnahme als Mord, Schlachtung, Kannibalismus zu bezeichnen. Mich als Schlachtvieh zu bezeichnen, das ausgeschlachtet und ausgeweidet wird, übersieht nicht nur meine Intentsion, sondern verletzt mich und meine **Würde** zutiefst.

5 Zusammenfassung

5.1 Das Hirntodkonzept

Das häufig genannte Papier der Harvard University vom 05.08.1968 war nicht – wie häufig behauptet – das Erste Papier, das den Hirntod als den Tod des Menschen definierte. Bereits am 10.05.1966 stellte die Kommission der französischen "Académie Nationale de Médicine" den Hirntod dem Tod des Menschen gleich, ebenso auch die **DGCH** auf ihrer 85. Tagung (17.-20.04.1968). Die **Ad-Hoc-Kommission** verfasste offensichtlich überhastet ihr Papier, was an den fehlenden Quellenangaben – eine einzige! - zu erkennen ist. Den Hirntod in diesem Papier durchgehend als „irreversibles Koma“ zu bezeichnen, muss als irreführender verbaler Betriebsunfall bezeichnet werden, der zunächst **Hans Jonas** täuschte und dessen Täuschung bis in die Gegenwart wirkt. Dabei hätte es aus Europa seit Jahren trefflichere Bezeichnungen gegeben, wie z.B. „sur la mort du système nerveux“ und „Coma dépassé“ (1959) und „Hirntod“ (1963). „Hirntod“ setzte sich sprachlich international durch.

Die Medizingeschichte zeigt, dass bereits in den 1970-er Jahren die medizinische Wissenschaft das Thema Hirntodkonzept abgeschlossen hat. In Deutschland wurde es in den 1990-er Jahren in der Diskussion zum **TPG** nochmals aufgegriffen, aber das Hirntodkonzept blieb bestehen. Auch **Alan Shewmon** mit seiner Studie vermochte für die Medizin das **Hirntodkonzept** nicht erschüttern. Die Studie brachte nichts Neues, was die Medizin inhaltlich nicht schon vorher wusste.

Auch **Robert Truog** vermag das **Hirntodkonzept** nicht erschüttern, wenn man seine Begründung liest, warum er von der Tot-Spender-Regel abrücken will: Es sei der Hirntod den medizinischen Laien so schwer zu vermitteln. Doch dies ist auf Dauer der falsche Weg. Diese Erkenntnis erlebte die katholische Kirche bei ihrem Wechsel vom geozentrischen zum heliozentrischen Weltbild schmerzlich. - Man darf aus den Fehlern der anderen lernen und versuchen, diese Fehler nicht selbst zu begehen. Daher ist es nur richtig, dass die Medizin am **Hirntodkonzept** festhält.

Damit der medizinische Laie die Grundlagen von **Hirntod** und **TX** kennt, wurden in diesem Buch zunächst die medizinischen Fakten hierzu genannt. Damit kann der Leser bei den in diesem Buch zitierten Autoren – bei ihnen hat man meist den Eindruck, dass kein fehlerfreies Wissen über **Hirntod** und/oder **TX** vorhanden ist, bei einigen mangelt es bereits an Grundkenntnissen – die Aussagen selbst richtig einordnen.

Gesundheit und Krankheit gehören wie
Leben und Tod zur Fachdisziplin der Medizin,
so wie Gravitation und Licht in die Fachdisziplin der Physik gehören,
auch wenn Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod,
Gravitation und Licht uns alle betreffen.
Wir sollten die Fachkompetenz dort belassen, wo sie hingehört.
Schließlich gehen wir bei Krankheit zu einem Mediziner
und nicht zu einem Physiker, Chemiker, Biologen,
Juristen, Mathematiker, ... Philosophen oder Theologen.

5.2 Hintergründe für die Demontagen

> Es gibt für alles und immer drei Gründe:
> Einen Grund, den ich nenne. Einen Grund, den ich verschweige.
> Und einen Grund, der mir selbst nicht bewusst ist.
> (unbekannt)

Es stellt sich die Frage, warum sich Menschen an der Demontage des Ideals Organspende beteiligen. Bei einigen Menschen sind diese Gründe offensichtlich, bei anderen kann man sie nur vermuten. Es zeichnen sich jedoch die Gründe und Hintergründe ab:

- Hinterbliebene von Organspender
  Hierzu gehört zweifelsfrei KAO. In ihren Schriften ist deutlich zu erkennen, dass sie der Auffassung sind, dass die Transplantationsmedizin ihr Kind getötet hätte. Die Transplantationsmedizin wird zum erklärten Feind, der mit allen Mitteln und auf allen Ebenen zu bekämpfen ist. Der ursächliche Unfall des Kindes wird nur kurz erwähnt.

- Lebensschützer
  Sie gibt es in kirchlichen und politischen Kreisen. Sie sehen Hirntote als Sterbende oder gar als Lebende an und meinen, das Leben der Hirntoten retten oder zumindest schützen zu müssen.

- Trationalisten
  Sie wollen in einer Welt ohne große Veränderung leben, da diese Unsicherheiten schaffen. Sie argumentieren - in Unkenntnis der Fakten in falscher Weise - damit, dass der Tod schon seit Jahrhunderten mit dem (irreversiblen) Stillstand von Puls und Atmung festgestellt worden sei. So soll es für sie auch weiterhin bleiben.

- Menschen mit Vorurteilen
  Es ist unklar, woher diese Menschen ihre Vorurteile haben. Sie wollen daran festhalten, auch wenn alle Fakten dagegen sprechen. Dies rückt sie in die Nähe von Verschwörungstheorie. Hier lässt Albert Einstein grüßen: "Es ist leichter, ein Atom zu zertrümmern, als ein Vorurteil."

- Protestanten/Pubertierende
  "Protestanten" ist hier nicht religiös gemeint, sondern vom Verhalten her deutend. Sie wollen aus innerem Antrieb heraus, manchmal schon zwanghaft,

gegen etwas sein. Sie wollen wie Pubertierende gegen etwas protestieren. In den Themenfeldern Hirntod und Organspende haben sie geeignete Felder gefunden.

- Nicht-Organspender
  Sie wollen nicht ihre Organe spenden, stellen jedoch fest, dass über 70% der Deutschen zur Organspende bereit waren. Dies weckt ihr schlechtes Gewissen. Um dieses zu beruhigen, wird an Hirntod und/oder Organspende alles schlechtgeredet, was ihnen dazu einfällt. So wird z.B. auch Mitleid mit den Transplantierten geheuchelt, die lebenslänglich Immunsuppressiva nehmen müssen, was doch so schlimme Nebenwirkungen hätte. Über deren Leben vor und nach der **TX** scheinen sie recht wenig zu wissen.

- Verängstigte
  Diese Menschen trafen auf einen oder mehrere Personen der oberen Gruppe. Von ihnen zutiefst verängstigt, nicht die Möglichkeit zur Vertiefung des Sachstandes habend, glauben sie diesen Halb- und Unwahrheiten. Als traurige Opfer dieser Halb- und Unwahrheiten geben sie diese weiter. Sie alleine sind zugänglich für sachlich korrekte und umfassende Aufklärung.

- Verschüchterte
  Menschen, die einst zur Organtransplantation motiviert haben, wurden von Kritikern zumeist öffentlich dafür kritisiert. Diese Kritik war so massiv, dass man sie regelrecht mundtot gemacht hat, zumindest für die Themen Hirntod und Organspende.

- Streber
  Man ist in einem Umfeld von Kritikern und will sich profilieren. Dazu muss man sich mit Wort und Tat aus der Masse herausheben. Man könnte dies auch Profilierungssucht nennen.

Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollzähligkeit. Sie soll nur aufzeigen, wie vielfältig die Hintergründe für solch ein Handeln sein können.

Oft spielen mehrere der hier genannten Gründe mit, warum man sich als Kritiker gegen Hirntod und/oder Organspende hervor tut.

Umgekehrt lässt sich die Motivation für das Verfassen dieses Buches und zum Betreiben des Oranspende-Wikis beleuchten. Es hat zwei Gründe:

- Erfahrung als Klinikseelsorger
  Als Klinikseelsorger kennt der Autor die Not der Menschen:

- Er kennt die Not der Organkranken sowie deren Familie, die sich fragen müssen, ob das benötigte Organ schneller verfügbar ist als der drohende Tod.
- Er kennt die Not der Hinterbliebenen von den Wartepatienten, bei denen der Tod schneller war als das benötigte Organ.[1]
- Er kennt die Not der Transplantierten, deren Glück durch Äußerungen verdunkelt wird, dass der Organspender auf dem OP-Tisch umgebracht worden sei.
- Er kennt die Not der Hinterbliebenen von Organspender, die binnen weniger Tage von einem meist völlig gesunden Menschen durch Hirntod Abschied nehmen mussten. Ihre Trauer und ihr Schmerz wird zuweilen von Menschen vertieft, die ihnen vorwerfen, dass sie mit ihrer Zustimmung zur Organspende gegen Gott gehandelt hätten.
- Er kennt auch die Not der Ärzte, die gerne lebensrettend helfen würden, dies aber nicht können, weil ihnen die dazu benötigten Organe fehlen.

- verbreitete Halb- und Unwahrheiten
  Der Autor kann sehr schlecht damit leben, wenn Halb- und Unwahrheiten mit Todesfolge verbreitet werden.

An dieser Stelle sei nochmals an die Worte von Immanuel Kant erinnert:

> Handle nur nach derjenigen Maxime,
> durch die du zugleich wollen kannst,
> dass sie ein allgemeines Gesetz werde."
> (Immanuel Kant: AA IV, 421)

1 Dies geht hin bis zu dem emotionalen Absturz, dass man sich auf das zugewiesene Organ und die in wenigen Stunden anstehende **TX** freut, der Zustand der Wartepatienten aber sich in diesen wenigen Stunden bis zur **TX** so rapide verschlechtert, dass er stirbt. Er wurde sozusagen auf der Zielgerade zu seiner Rettung vom eigenen Tod ausgebremst.

5.3 Demontage mit Todesfolge

Bei der Demontage des Hirntodkonzepts und der Organtransplantation handelt es sich nicht nur um eine rein verbale Schlechtmacherei oder eine Ehrverletzung gegenüber den Organspendern und deren Hinterbliebenen. Diese Demontage hat auch tödliche Folgen:

Durch die Demontage werden Menschen von einer Zustimmung zur Organspende abgehalten. Dadurch stehen weniger Organe zur Verfügung. Damit können weniger Menschenleben gerettet werden. Daher besitzt jede Demontage an der Organtransplantation tödliche Folgen:

- Herr X. lag wochenlang auf der Intensivstation und wartete auf ein benötigtes Organ. Nur dieses konnte sein Leben retten. Es war unklar, wer schneller sein wird, die Zuteilung des Organs oder der Tod von Herrn X. An dem Tag, als ihm das benötigte Organ zugewiesen wurde, brach der Blutkreislauf von Herrn X. zusammen und er verstarb. Wäre das benötigte Organ nur einen Tag früher zur Verfügung gestanden, hätte Herr X. überleben können.
- 2014 erschien in der Süddeutschen Zeitung ein Artikel, der angab, dass die Ärzte den Hirntod nicht korrekt feststellen würden. Eva Richter-Kuhlmann wies hierzu in ihrem Kommentar "Die sicherste Diagnose" auf die tödliche Folgen hin: "Für viele Ärztinnen und Ärzte, die täglich um das Leben ihrer Patienten kämpfen und versuchen, sensibel mit dem Leiden von Angehörigen umzugehen, sind diese Vorwürfe wie ein Schlag ins Gesicht. Für die Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, möglicherweise tödlich."[1]
- Im Jahr 2003 machte Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) von sich reden, indem er bis zum Verfassungsgericht prozessierte, dass in Deutschland niemand sagen darf, dass Bundeskanzler Gerhard Schröder gefärbte Haare habe.[2]

Offensichtlich darf man in Deutschland ungestraft die Organtransplantation demontieren und in übelster Weise diffamieren, aber dass der Bundeskanzler gefärbte Haare hat, darf in Deutschland nicht gesagt werden. Justitia scheint hier wirklich blind zu sein.

Daher ist es notwendig, dass es im **TPG** einen Paragraphen gäbe, der zumindest Diffamierungen von Organspendern oder Organspende strafrechtlich

1 https://www.aerzteblatt.de/archiv/155925/Hirntod-Die-sicherste-Diagnose

2 http://www.rhetorik.ch/Aktuell/Aktuell_Apr_14_2002.html

ahndet, ähnlich wie die Leugnung des Holocaust strafrechtlich geahndet werden kann. Wünschenswert wäre darüber hinaus, dass auch die Verbreitung von irreführenden Formulierungen, die Weitergabe von Halb- und Unwahrheiten ebenfalls strafrechtlich geahndet würden. - Im Rechtswesen wie auch in der Ethik gilt der Grundsatz:

> Die Freiheit des Einzelnen endet dort,
> wo die Freiheit des Anderen beginnt.
> (Immanuel Kant (1724-1804))

Die **Demontage eines Ideals** hat in letzter Konsequenz den Tod von Menschen zur Folge. Daher sollte so rasch als möglich eine Stelle benannt werden – sinnvoll wäre das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz -, bei der Verstöße gemeldet werden können, um entsprechende juristische Schritte einzuleiten.

5.4 Gegen Recht und Gesetz

1997 wurde der Hirntod definiert als der „nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“. (§ 3 **TPG**)

Der Konsens in der wissenschaftlichen Medizin, in der Rechtswissenschaft und auch in der katholischen Kirche – von wenigen Sondermeinungen abgesehen – besagt, dass mit der Feststellung des Hirntodes auch der Tod des Menschen festgestellt ist (Hirntod = Tod des Menschen). Siehe: **gemeinsame Erklärungen**

Entgegen diesen gesetzlichen Vorgaben gibt es nach über 20 Jahren **TPG** noch immer Gruppen und Personen, die in Wort und Schrift angeben, dass Organspender Sterbende seien, denen die Organentnahme den Tod bringe. Einige von ihnen gehen sogar so weit, dass sie vorgeben, Organspender würden dabei umgebracht und eine Organentnahme sei Mord. Diese Haltung ist vor allem in einigen kirchlichen Kreisen und bei einigen Lebensschützern anzutreffen.

Es ist wünschenswert, dass diese Menschen den **Hirntod verstehen**.

Diesen Menschen ist gar nicht klar, dass sie weder das Rad der Zeit noch gewonnene Erkenntnisse zurückdrehen können. Es bedeutet kein Nachgeben gegenüber dem Zeitgeist, wenn man das **Hirntodkonzept** anerkennt, sondern ein Mitgehen mit den ständig wachsenden Erkenntnissen. Diese Menschen könnten auf den doppelsinnigen Spruch hingewiesen werden: „Wer nicht mit der Zeit geht, geht mit der Zeit.“

Auch ist diesen Menschen nicht bewusst, welchen psychischen und/oder seelischen Schaden sie bei den Transplantierten mit ihrer Leugnung des Hirntodkonzeptes anrichten: Transplantierte kommen mitunter in größte psychische und/oder seelische Nöte bei dem Gedanken, dass der Organspender durch die Organentnahme getötet oder gar ermordet worden sei. Sie benötigen in meist langen und mühsamen Gesprächen bei Psychologen und/oder Seelsorgern die Richtigstellung der Sach- und Rechtslage.

Da diese Gruppen und Personen meist zu den kirchlichen Kreisen gehören, sei Ihnen als Christen Mt 23,4 zur Überlegung nahegelegt und sie können überlegen, in wie weit, gegenüber den Transplantierten, diese Worte Jesu auch auf sie zutreffen: „Sie schnüren schwere und unerträgliche Lasten zusammen und legen sie den Menschen auf die Schultern, selber aber wollen sie keinen

Finger rühren, um die Lasten zu bewegen."

Es würde zum Segen für alle – insbesonders für die Transplantierten – werden, wenn diese Gruppen und Personen ihren sinnlosen und aussichtslosen Kampf gegen das Hirntodkonzept aufgeben und das **Hirntodkonzept** anerkennen würden. Zwar sagte Altert Einstein, dass es leichter ist, ein Atom zu zertrümmern als ein Vorurteil, aber Gott gibt keinen Menschen auf. So bleibt die Hoffnung bestehen, dass auch den Kritikern des Hirntodkonzeptes die Augen aufgehen, bevor sie diese für immer schließen. Den **Wartepatienten** und den **Transplantierten** würden sie damit auf jeden Fall zum Segen werden (Gen 12,2).

5.5 Rückblick und Ausblick

Detlef Thürnau fasste 1971 das Ergebnis seiner med. Dissertation über die Todesfeststellung zusammen mit den Worten:[1]

> *Die sichere Feststellung des Todes ist nicht erst in jüngster Zeit eine vieldiskutierte Frage. Sie hat von jeher im religiösen, geschichtlichen, juristischen und ärztlichen Denken eine dominierende Rolle eingenommen, war doch die Frage des Scheintodes stets ein umstrittenes, ungelöstes Problem.*
>
> *Nach Erörterung der klinischen und pathologisch-anatomischen Todesproben, sowie von verschiedenen Hilfsuntersuchungen zur Feststellung des Todes auch der neueren Zeit werden Fallberichte über Beobachtungen von Scheintod analysiert und - wo erkennbar - in ihren pathogenetischen Zusammenhängen erörtert.*
>
> *Kern der Arbeit ist die Untersuchung von Berichterstattungen in der Laienpresse der Gegenwart, die den Anschein erwecken, als ob Fehldeutungen bei der Todesfeststellung auch heute noch unterlaufen, insbesondere aber auch anklingen lassen, daß bei Vorliegen eines sogenannten 'Hirntodes' noch Restituitionen vorkommen.*
>
> *Es konnte gezeigt werden, daß es sich bei der Mehrzahl dieser Beobachtungen um Schädelhirnverletzungen mit dem klinischen Bild eines sogenannten 'Apallischen Syndroms' gehandelt hat, das von den behandelten Ärzten richtig interpretiert, von der Presse jedoch unter dem Motiv merkantiler Interessen hochgespielt worden ist. In keinem Fall lag jedoch ein Hirntod vor, der erfolgreich restituiert werden konnte.*
>
> *Diese letzte Aussage erscheint uns gerade im Zusammenhang mit der Erörterung über Hirntod und seine Feststellung wichtig.*

Dieses Zitat aus dem Jahr 1971 zeigt, wie sehr für die medizinische Wissenschaft das Hirntodkriterium allgemein akzeptiert war. Es fehlte an der Implementierung in die anderen Wissenschaften, insbesondere bei denen, die direkt oder indirekt mit Hirntod und Organspende zu tun haben. Dies ist bis heute – nach fast 50 Jahren - nicht bei allen Disziplinen so wie in der medizinischen Wissenschaft gegeben.

1 Detlef Thürnau: Der Scheintod. (med. Dissertation) Bonn 1971, 46.

6 Anhang

6.1 Es ginge auch anders

Die nachfolgenden Zitate sind entnommen aus der Schrift „leben und sterben im Herrn“ von der Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (München 2019).[1] Die in Klammer gesetzte Zahl gibt die Seitenzahl der Handreichung.

Sie können alle Organe spenden, müssen das aber nicht. Es ist auch möglich, bestimmte Organe von der Spende auszunehmen. Tragen Sie das in Ihrem Organspendeausweis ein. (14)

Erscheint es Ihnen unerträglich, dass Ihrem Körper einmal Organe entnommen werden könnten, dann ist das ein völlig legitimes Gefühl. Erwächst aus diesem Gefühl Ihre Ablehnung einer Organspende, so müssen Sie das nicht näher begründen. (14)

Zunächst muss man sich klar machen, dass es immer einen Mangel an Organen geben wird, solange diese von hirntoten Menschen gewonnen werden. Die Organtransplantation ist ein medizinisch-technisches Verfahren, bei dem das Leben des einen Menschen verlängert werden kann, weil zuvor ein anderer Mensch gestorben ist, dessen Organe nun ihre Funktion in einem anderen Körper übernehmen können. (19)

Was und wie wir als Auferstandene sein werden, das steht in Gottes Hand. Seine Zusage eines „unverweslichen Leibes“ nach der Auferstehung mag Menschen ermutigen, Eingriffe in ihren Körper wie die Organtransplantation als möglich oder nötig zuzulassen. Umgekehrt ist die leibliche Neuschöpfung kein hinreichendes Argument, um alle Christenmenschen zu Organspende bzw. Organempfang zu verpflichten. Die Bereitschaft hierzu kann nur aus der Freiheit des Glaubens erwachsen. (21)

1 https://www.bayern-evangelisch.de/downloads/elkb_Handreichung_Organspende.pdf

Auf dieser Seite steht ein alternativer Text, wie er statt dessen hätte auch verfasst werden können. Dieser Text hat eine völlig andere Wirkung.

Sie können bestimmte Organe von der Spende auszunehmen. Das ist möglich. Benötigt werden hingegen alle Organe. Tragen Sie Ihre Entscheidung hierzu in Ihrem Organspendeausweis ein.

Erscheint es Ihnen unerträglich, dass Ihrem Körper einmal Organe entnommen werden könnten, dann steht es Ihnen frei, den Ursachen nachzugehen. Vielleicht lassen sich die Vorbehalte auflösen. Jedenfalls müssen Sie es nicht begründen.

Auch wenn es immer einen Mangel an Organen geben wird, solange diese von hirntoten Menschen gewonnen werden, sollte nicht davon gelassen werden, möglichst vielen Menschen das Leben zu retten. Die Organtransplantation ist ein medizinisch-technisches Verfahren, bei das beim Hirntod eines Menschen die Möglichkeit bietet, einem schwerkranken Menschen sein Leben zu erhalten.

Was und wie wir als Auferstandene sein werden, das steht in Gottes Hand. Seine Zusage eines „unverweslichen Leibes“ nach der Auferstehung mag Menschen ermutigen, Eingriffe in ihren Körper wie die Organtransplantation als möglich oder nötig zuzulassen. Im Wissen, dass wir nach unserem Tode unseren irdischen Leib nicht mehr brauchen, er uns auch nicht mehr zur Verfügung steht, dürfen wir eine freie Entscheidung zur Organspende treffen.

6.2 Mein letzter Wille

Im Dezember 2014 verfasste der Autor dieses persönliche Testament, das er in Medien und dem Organspende-Wiki veröffentlichte.

Mein letzter Wille

Ich habe meinen Leib als Geschenk von Gott erhalten.
Mit der Gesundheit meines Leibes
bekam ich die Fülle des Lebens geschenkt.
Ich habe meinen Körper gepflegt,
auf dass er mir noch Jahrzehnte dienen möge.
Mein vorzeitiger Tod setzt diesem Vorhaben ein jähes Ende.
So bitte ich Euch: Macht aus meinem Tod Leben für andere.
Wenn mein Leib mir nicht mehr dienen kann,
so soll er wenigstens anderen Menschen dienen.
Daher will ich meinen Leib als Geschenk weiterschenken
und die Anderen dürfen ihn als Geschenk annehmen.
Schenkt mein empfangenes Leben in Fülle an andere weiter,
damit diese an dieser Fülle teilhaben können.
Schenkt mein Herz einem, nach dem der Tod greift,
weil sein Herz zu schwach ist, oder für den ein Schritt bereits eine Überforderung ist.
Schenkt meine Lungen einem,
dem Atmen körperliche Höchstleistung abverlangt,
oder dessen Atemzüge wie durch einen Strohhalm sind.
Schenkt meine Leber einem,
dessen Leib sonst langsam vergiftet wird,
und der damit spürt, wie der Tod langsam nach ihm greift.
Schenkt meine Niere einem,
der drei Tage in der Woche für 5 Stunden an der Dialyse hängt
und den Rest dieser Tage sich davon erholen muss.
Schenkt meine Bauchspeicheldrüse einem,
dem die Fehlfunktion des Pankreas die Niere angreift
und er deswegen an die Dialyse muss.
Umsonst habe ich empfangen, umsonst will ich geben (Mt 10,8).
In reichem, überfließendem Maß wurde ich beschenkt (Lk 6,38).
Mit reichem, überfließendem Maß will ich daher schenken.

Was ich mit meinem Leib nicht fertig brachte,
sollen andere Menschen vollbringen und vollenden.
Wenn ich weiß, dass ihr diesen meinen letzten Willen erfüllt,
gehe ich gerne auch vorzeitig aus dieser Welt.
Denn dann weiß ich, dass nicht nur mein Leben,
sondern auch mein vorzeitiger Tod einen Sinn hatte
und anderen Menschen zum Geschenk wurde. (P. Klaus Schäfer SAC)

6.3 Sympathie für Organspende

Josef Theiss, 80, seit über 25 Jahren lebertransplantiert und seither bei der Aufklärung zur Organspende aktiv, schrieb anlässlich der aktuell laufenden Diskussion um die Widerspruchsregelung am 07.06.2019 in einem Rundmail an 15 Personen,

> *dass 'Widerspruchsregelung' zwar besser klinge als 'Widerspruchslösung', aber die Bezeichnung trifft das Problem nicht, denn das Ziel ist doch eine Zustimmung und nicht der Widerspruch, jedoch zumindest eine Erklärung. Es wird also der negative Fall thematisiert und nicht der positive, wie z.B. 'Organspenderegelung' o.ä.. Wir brauchen Sympathie für die Organspende und nicht den Verdacht auf eine behördliche Willkür. Wie soll sonst eine 'Kultur der Organspende' entstehen wie in anderen Ländern wie z.B. in Spanien und in Österreich? Und wir brauchen eine Regelung, die allen Bürgern ab 16 eine Erklärung abverlangt.*

Bis zur gemeinsamen Schrift „Organtransplantationen“ im Jahr 1990 wurde von beiden großen Kirchen Organspende als ein „Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten“. Seit Mitte der 1990-er Jahre hat sich die evangelische Kirche davon distanziert.

Die katholische Kirche blieb bei dieser Wortwahl. So heißt es in der Handreichung der **DBK** aus dem Jahr 2015, dass die Entscheidung zur Organspende „einen großherzigen Akt der Nächstenliebe“ darstellt.

Papst Benedikt XVI. in seiner Rede am 07.11.2008 an die Teilnehmer des internationalen Kongresses zum Thema "Ein Geschenk für das Leben. Überlegungen zur Organspende":

> *Die Organspende ist eine besondere Form des Zeugnisses der Nächstenliebe.*

Papst Franziskus sagte am 13.04.2019 beim Empfang einer Delegation der italienischen Organspendervereinigung:

> *Spenden bedeutet, auf sich selbst zu schauen und darüber hinauszugehen, über seine individuellen Bedürfnisse hinauszugehen und sich großzügig für ein breiteres Gut zu öffnen. In dieser Hinsicht ist die Organspende nicht nur ein Akt der sozialen Verantwortung, sondern auch ein Ausdruck der universellen Brüderlichkeit, die alle Männer und Frauen miteinander verbindet.*

und

Ich ermutige Sie, Ihre Bemühungen zur Verteidigung und Förderung des Lebens durch die wunderbaren Mittel der Organspende fortzusetzen. Ich erinnere mich an die Worte Jesu: "Gib und es wird dir gegeben: Ein gutes Maß, gedrückt, gefüllt und überströmend - der Herr schont hier die Adjektive nicht - wird in deinen Schoß gegossen werden" (Lk 6,38). Wir werden unseren Lohn von Gott erhalten, entsprechend der aufrichtigen und konkreten Liebe, die wir unserem Nächsten gezeigt haben.

Es liegt an jedem einzelnen von uns, ob er (weiterhin)

Demontage eines Ideals betreiben bzw. zulassen

oder am **Ausbau eines Ideals** mitwirken will.